

麻 醉 管 理 記 録 (例)

日本歯科麻酔学会

|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|----------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|-------|--|--|--|----------------|--|--|--|--|--|--|--|-------------|--|--|--|-------|--|--|--|--|--|--|--|-----------------|--|--|--|
| No                   |  |  |  | 氏名                         |  |  |  | 症例No.1                     |  |  |  | 歳     |  |  |  | 既往歴・内服薬・検査所見など |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 処置日 20    —    —     |  |  |  | 身長                      cm |  |  |  | 体重                      kg |  |  |  | 男 ・ 女 |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  | ASA : 1・2・3・4・E |  |  |  |
| 診断名                  |  |  |  |                            |  |  |  | 治療内容                       |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 時間                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 予定時間:       |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| O <sub>2</sub>       |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 術者          |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 助手          |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 全身管理<br>担当者 |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| Symbols              |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | Remarks     |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 手術開始・終了 ◎            |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 麻酔開始・終了 ×            |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 200                  |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 150                  |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 血圧(mmHg) ∨           |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | Summary     |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 脈拍(回/分) ●            |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 100                  |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 50                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| SpO <sub>2</sub> (%) |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 手術時間:       |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 呼吸数(回/分)             |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  | 麻酔時間: |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 輸 液                  |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 出 血                  |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |

麻 醉 管 理 記 録（例）

日本歯科麻酔学会

|                      |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
|----------------------|--|-------------|--|----------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|-----|--|--|--|----------------|--|--|--|--|--|--|--|-------------|--|--|--|--|--|--|--|---------------|--|--|--|
| No                   |  |             |  | 氏名                         |  |  |  | 症例No.2                     |  |  |  | 歳   |  |  |  | 既往歴・内服薬・検査所見など |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
| 処置日 20    —    —     |  |             |  | 身長                      cm |  |  |  | 体重                      kg |  |  |  | 男・女 |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  | ASA：1・2・3・4・E |  |  |  |
| 診断名                  |  |             |  |                            |  |  |  | 治療内容                       |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
| 時間                   |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 予定時間：       |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
| O <sub>2</sub>       |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 術者          |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 助手          |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 全身管理<br>担当者 |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
| Symbols              |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | Remarks     |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
| 手術開始・終了 ◎            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
| 麻酔開始・終了 ×            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
| 200                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
| 150                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
| 血圧(mmHg) ∨           |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | Summary     |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
| ∧                    |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
| 脈拍(回/分) ●            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
| 100                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
| 50                   |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
| SpO <sub>2</sub> (%) |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
| 呼吸数(回/分)             |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
| 輸 液                  |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | ml 手術時間：    |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
| 出 血                  |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | g 麻酔時間：     |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |

麻 醉 管 理 記 録 (例)

日本歯科麻酔学会

|                      |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|----------------------|--|-------------|--|----------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|-------|--|--|--|----------------|--|--|--|--|--|--|--|-------------|--|-------|--|--|--|--|--|-----------------|--|--|--|
| No                   |  |             |  | 氏名                         |  |  |  | 症例No.3                     |  |  |  | 歳     |  |  |  | 既往歴・内服薬・検査所見など |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 処置日 20    —    —     |  |             |  | 身長                      cm |  |  |  | 体重                      kg |  |  |  | 男 ・ 女 |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  | ASA : 1・2・3・4・E |  |  |  |
| 診断名                  |  |             |  |                            |  |  |  | 治療内容                       |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 時間                   |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 予定時間:       |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| O <sub>2</sub>       |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 術者          |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 助手          |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 全身管理<br>担当者 |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| Symbols              |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | Remarks     |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 手術開始・終了 ◎            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 麻酔開始・終了 ×            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 200                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 150                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 血圧(mmHg) ∨           |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | Summary     |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| ∧                    |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 脈拍(回/分) ●            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 100                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 50                   |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| SpO <sub>2</sub> (%) |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 手術時間:       |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 呼吸数(回/分)             |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  | 麻酔時間: |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 輸 液                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 出 血                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | ml          |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | g           |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |

## 麻 醉 管 理 記 録 (例)

日本歯科麻酔学会

[illegible]

麻 醉 管 理 記 録 (例)

日本歯科麻酔学会

|                      |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|----------------------|--|-------------|--|----------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|-------|--|--|--|----------------|--|--|--|--|--|--|--|-------------|--|--|--|--|--|--|--|-----------------|--|--|--|
| No                   |  |             |  | 氏名                         |  |  |  | 症例No.5                     |  |  |  | 歳     |  |  |  | 既往歴・内服薬・検査所見など |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 処置日 20    —    —     |  |             |  | 身長                      cm |  |  |  | 体重                      kg |  |  |  | 男 ・ 女 |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  | ASA : 1・2・3・4・E |  |  |  |
| 診断名                  |  |             |  |                            |  |  |  | 治療内容                       |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 時間                   |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 予定時間:       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| O <sub>2</sub>       |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 術者          |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 助手          |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 全身管理<br>担当者 |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| Symbols              |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | Remarks     |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 手術開始・終了 ◎            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 麻酔開始・終了 ×            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 200                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 150                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 血圧(mmHg) ∨           |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | Summary     |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| ∧                    |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 脈拍(回/分) ●            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 100                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 50                   |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| SpO <sub>2</sub> (%) |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 呼吸数(回/分)             |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 輸 液                  |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | ml 手術時間:    |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 出 血                  |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | g 麻酔時間:     |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |

麻 醉 管 理 記 録（例）

日本歯科麻酔学会

|                      |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
|----------------------|--|-------------|--|----------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|-----|--|--|--|----------------|--|--|--|--|--|--|--|-------------|--|--|--|--|--|--|--|---------------|--|--|--|
| No                   |  |             |  | 氏名                         |  |  |  | 症例No.6                     |  |  |  | 歳   |  |  |  | 既往歴・内服薬・検査所見など |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
| 処置日 20    —    —     |  |             |  | 身長                      cm |  |  |  | 体重                      kg |  |  |  | 男・女 |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  | ASA：1・2・3・4・E |  |  |  |
| 診断名                  |  |             |  |                            |  |  |  | 治療内容                       |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
| 時間                   |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 予定時間：       |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
| O <sub>2</sub>       |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 術者          |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 助手          |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 全身管理<br>担当者 |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
| Symbols              |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | Remarks     |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
| 手術開始・終了 ◎            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
| 麻酔開始・終了 ×            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
| 200                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
| 150                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
| 血圧(mmHg) ∨           |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | Summary     |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
| ∧                    |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
| 脈拍(回/分) ●            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
| 100                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
| 50                   |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
| SpO <sub>2</sub> (%) |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
| 呼吸数(回/分)             |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
| 輸液                   |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | ml 手術時間：    |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
| 出血                   |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | g 麻酔時間：     |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |

## 麻 醉 管 理 記 録 (例)

日本歯科麻醉学会

[illegible]

麻 醉 管 理 記 録（例）

日本歯科麻酔学会

|                      |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
|----------------------|--|-------------|--|----------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|-----|--|--|--|----------------|--|--|--|--|--|--|--|-------------|--|--|--|--|--|--|--|---------------|--|--|--|
| No                   |  |             |  | 氏名                         |  |  |  | 症例No.8                     |  |  |  | 歳   |  |  |  | 既往歴・内服薬・検査所見など |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
| 処置日 20    —    —     |  |             |  | 身長                      cm |  |  |  | 体重                      kg |  |  |  | 男・女 |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  | ASA：1・2・3・4・E |  |  |  |
| 診断名                  |  |             |  |                            |  |  |  | 治療内容                       |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
| 時間                   |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 予定時間：       |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
| O <sub>2</sub>       |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 術者          |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 助手          |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 全身管理<br>担当者 |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
| Symbols              |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | Remarks     |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
| 手術開始・終了 ◎            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
| 麻酔開始・終了 ×            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
| 200                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
| 150                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
| 血圧(mmHg) ∨           |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | Summary     |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
| ∧                    |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
| 脈拍(回/分) ●            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
| 100                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
| 50                   |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
| SpO <sub>2</sub> (%) |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
| 呼吸数(回/分)             |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
| 輸 液                  |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | ml 手術時間：    |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
| 出 血                  |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | g 麻酔時間：     |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |



## 麻 醉 管 理 記 録 (例)

日本歯科麻醉学会

|                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |    |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|-------|--|--|--|----------------|--|--|--|----|--|--|--|-------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-----------------|--|--|--|
| No                     |  |  |  | 氏名                         |  |  |  | 症例No.9                     |  |  |  | 歳     |  |  |  | 既往歴・内服薬・検査所見など |  |  |  |    |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 処置日 20      —      —   |  |  |  | 身長                      cm |  |  |  | 体重                      kg |  |  |  | 男 ・ 女 |  |  |  |                |  |  |  |    |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | ASA : 1・2・3・4・E |  |  |  |
| 診断名                    |  |  |  |                            |  |  |  | 治療内容                       |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |    |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 時間                     |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |    |  |  |  | 予定時間:       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| O <sub>2</sub>         |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  | ℓ  |  |  |  | 術者          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |    |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |    |  |  |  | 助手          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |    |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |    |  |  |  | 全身管理<br>担当者 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| Symbols                |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |    |  |  |  | Remarks     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 手術開始・終了 ◎<br>麻酔開始・終了 × |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |    |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 200                    |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |    |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 150                    |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |    |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 100                    |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |    |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 50                     |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |    |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| SpO <sub>2</sub> (%)   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |    |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 呼吸数(回/分)               |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |    |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 輸 液                    |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  | ml |  |  |  | 手術時間:       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 出 血                    |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  | g  |  |  |  | 麻酔時間:       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |

麻 醉 管 理 記 録 (例)

日本歯科麻酔学会

|                         |  |  |  |    |  |  |  |         |  |  |  |    |  |  |  |                |  |  |  |    |  |  |  |             |  |  |  |                 |  |  |  |
|-------------------------|--|--|--|----|--|--|--|---------|--|--|--|----|--|--|--|----------------|--|--|--|----|--|--|--|-------------|--|--|--|-----------------|--|--|--|
| No                      |  |  |  | 氏名 |  |  |  | 症例No.10 |  |  |  | 歳  |  |  |  | 既往歴・内服薬・検査所見など |  |  |  |    |  |  |  |             |  |  |  |                 |  |  |  |
| 処置日 20                  |  |  |  | —  |  |  |  | 身長      |  |  |  | cm |  |  |  | 体重             |  |  |  | kg |  |  |  | 男・女         |  |  |  | ASA : 1・2・3・4・E |  |  |  |
| 診断名                     |  |  |  |    |  |  |  | 治療内容    |  |  |  |    |  |  |  |                |  |  |  |    |  |  |  |             |  |  |  |                 |  |  |  |
| 時間                      |  |  |  |    |  |  |  |         |  |  |  |    |  |  |  |                |  |  |  |    |  |  |  | 予定時間:       |  |  |  |                 |  |  |  |
| O <sub>2</sub>          |  |  |  |    |  |  |  |         |  |  |  |    |  |  |  |                |  |  |  |    |  |  |  | 術者          |  |  |  |                 |  |  |  |
|                         |  |  |  |    |  |  |  |         |  |  |  |    |  |  |  |                |  |  |  |    |  |  |  |             |  |  |  |                 |  |  |  |
|                         |  |  |  |    |  |  |  |         |  |  |  |    |  |  |  |                |  |  |  |    |  |  |  | 助手          |  |  |  |                 |  |  |  |
|                         |  |  |  |    |  |  |  |         |  |  |  |    |  |  |  |                |  |  |  |    |  |  |  |             |  |  |  |                 |  |  |  |
|                         |  |  |  |    |  |  |  |         |  |  |  |    |  |  |  |                |  |  |  |    |  |  |  | 全身管理<br>担当者 |  |  |  |                 |  |  |  |
| Symbols                 |  |  |  |    |  |  |  |         |  |  |  |    |  |  |  |                |  |  |  |    |  |  |  | Remarks     |  |  |  |                 |  |  |  |
| 手術開始・終了 ◎<br>麻酔開始・終了 ×  |  |  |  |    |  |  |  |         |  |  |  |    |  |  |  |                |  |  |  |    |  |  |  |             |  |  |  |                 |  |  |  |
| 150                     |  |  |  |    |  |  |  |         |  |  |  |    |  |  |  |                |  |  |  |    |  |  |  |             |  |  |  |                 |  |  |  |
| 血压(mmHg) ∨<br>脈拍(回/分) ● |  |  |  |    |  |  |  |         |  |  |  |    |  |  |  |                |  |  |  |    |  |  |  |             |  |  |  |                 |  |  |  |
| 100                     |  |  |  |    |  |  |  |         |  |  |  |    |  |  |  |                |  |  |  |    |  |  |  |             |  |  |  |                 |  |  |  |
| 50                      |  |  |  |    |  |  |  |         |  |  |  |    |  |  |  |                |  |  |  |    |  |  |  |             |  |  |  |                 |  |  |  |
| SpO <sub>2</sub> (%)    |  |  |  |    |  |  |  |         |  |  |  |    |  |  |  |                |  |  |  |    |  |  |  |             |  |  |  |                 |  |  |  |
| 呼吸数(回/分)                |  |  |  |    |  |  |  |         |  |  |  |    |  |  |  |                |  |  |  |    |  |  |  |             |  |  |  |                 |  |  |  |
| 輸液                      |  |  |  |    |  |  |  |         |  |  |  |    |  |  |  |                |  |  |  |    |  |  |  | ml          |  |  |  | 手術時間:           |  |  |  |
| 出血                      |  |  |  |    |  |  |  |         |  |  |  |    |  |  |  |                |  |  |  |    |  |  |  | g           |  |  |  | 麻酔時間:           |  |  |  |

## 麻 醉 管 理 記 録 (例)

日本歯科麻醉学会

|                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|-------|--|--|--|-----------------|--|--|--|--|--|--|--|----------------|--|--|--|--|--|--|--|-------|--|--|--|-------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| No                     |  |  |  | 氏名                         |  |  |  | 症例No.11                    |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  | 既往歴・内服薬・検査所見など |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 処置日 20      —      —   |  |  |  | 身長                      cm |  |  |  | 体重                      kg |  |  |  | 男 ・ 女 |  |  |  | ASA : 1・2・3・4・E |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 診断名                    |  |  |  |                            |  |  |  | 治療内容                       |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 時間                     |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 予定時間: |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| O <sub>2</sub>         |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  | 術者          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  | 助手          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  | 全身管理<br>担当者 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Symbols                |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  | Remarks     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 手術開始・終了 ◎<br>麻酔開始・終了 × |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 200                    |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 150                    |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 100                    |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| SpO <sub>2</sub> (%)   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  | Summary     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 呼吸数(回/分)               |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 輸 液                    |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 出 血                    |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  | 手術時間:       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  | 麻酔時間:       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

麻 醉 管 理 記 録（例）

日本歯科麻酔学会

|                      |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |            |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
|----------------------|--|-------------|--|----------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|-----|--|--|--|----------------|--|--|--|--|--|--|--|-------------|--|------------|--|--|--|--|--|---------------|--|--|--|
| No                   |  |             |  | 氏名                         |  |  |  | 症例No.12                    |  |  |  | 歳   |  |  |  | 既往歴・内服薬・検査所見など |  |  |  |  |  |  |  |             |  |            |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
| 処置日 20    —    —     |  |             |  | 身長                      cm |  |  |  | 体重                      kg |  |  |  | 男・女 |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |            |  |  |  |  |  | ASA：1・2・3・4・E |  |  |  |
| 診断名                  |  |             |  |                            |  |  |  | 治療内容                       |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |            |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
| 時間                   |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 予定時間：       |  |            |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
| O <sub>2</sub>       |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 術者          |  |            |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 助手          |  |            |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 全身管理<br>担当者 |  |            |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
| Symbols              |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | Remarks     |  |            |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
| 手術開始・終了 ◎            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |            |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
| 麻酔開始・終了 ×            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |            |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
| 200                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |            |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
| 150                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |            |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
| 血圧(mmHg) ∨           |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | Summary     |  |            |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
| ∧                    |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |            |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
| 脈拍(回/分) ●            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |            |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
| 100                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |            |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
| 50                   |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |            |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
| SpO <sub>2</sub> (%) |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 手術時間：<br>ml |  |            |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
| 呼吸数(回/分)             |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  | 麻酔時間：<br>g |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
| 輸 液                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |            |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
| 出 血                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |            |  |  |  |  |  |               |  |  |  |



麻 醉 管 理 記 録 (例)

日本歯科麻酔学会

|                      |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|----------------------|--|-------------|--|----------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|-------|--|--|--|----------------|--|--|--|--|--|--|--|-------------|--|--|--|--|--|--|--|-----------------|--|--|--|
| No                   |  |             |  | 氏名                         |  |  |  | 症例No.14                    |  |  |  | 歳     |  |  |  | 既往歴・内服薬・検査所見など |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 処置日 20    —    —     |  |             |  | 身長                      cm |  |  |  | 体重                      kg |  |  |  | 男 ・ 女 |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  | ASA : 1・2・3・4・E |  |  |  |
| 診断名                  |  |             |  |                            |  |  |  | 治療内容                       |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 時間                   |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 予定時間:       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| O <sub>2</sub>       |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 術者          |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 助手          |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 全身管理<br>担当者 |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| Symbols              |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | Remarks     |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 手術開始・終了 ◎            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 麻酔開始・終了 ×            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 200                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 150                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 血圧(mmHg) ∨           |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | Summary     |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| ∧                    |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 脈拍(回/分) ●            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 100                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 50                   |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| SpO <sub>2</sub> (%) |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 呼吸数(回/分)             |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 輸 液                  |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | ml 手術時間:    |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 出 血                  |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | g 麻酔時間:     |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |

麻 醉 管 理 記 録 (例)

日本歯科麻酔学会

|                      |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|----------------------|--|-------------|--|----------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|-------|--|--|--|----------------|--|--|--|--|--|--|--|-------------|--|-------|--|--|--|--|--|-----------------|--|--|--|
| No                   |  |             |  | 氏名                         |  |  |  | 症例No.15                    |  |  |  | 歳     |  |  |  | 既往歴・内服薬・検査所見など |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 処置日 20    —    —     |  |             |  | 身長                      cm |  |  |  | 体重                      kg |  |  |  | 男 ・ 女 |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  | ASA : 1・2・3・4・E |  |  |  |
| 診断名                  |  |             |  |                            |  |  |  | 治療内容                       |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 時間                   |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 予定時間:       |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| O <sub>2</sub>       |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 術者          |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 助手          |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 全身管理<br>担当者 |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| Symbols              |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | Remarks     |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 手術開始・終了 ◎            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 麻酔開始・終了 ×            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 200                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 150                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 血圧(mmHg) ∨           |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | Summary     |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| ∧                    |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 脈拍(回/分) ●            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 100                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 50                   |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| SpO <sub>2</sub> (%) |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 手術時間:       |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 呼吸数(回/分)             |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  | 麻酔時間: |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 輸 液                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 出 血                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | ml          |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | g           |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |

麻 醉 管 理 記 録 (例)

日本歯科麻酔学会

|                      |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|----------------------|--|-------------|--|----------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|-------|--|--|--|----------------|--|--|--|--|--|--|--|-------------|--|-------|--|--|--|--|--|-----------------|--|--|--|
| No                   |  |             |  | 氏名                         |  |  |  | 症例No.16                    |  |  |  | 歳     |  |  |  | 既往歴・内服薬・検査所見など |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 処置日 20    —    —     |  |             |  | 身長                      cm |  |  |  | 体重                      kg |  |  |  | 男 ・ 女 |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  | ASA : 1・2・3・4・E |  |  |  |
| 診断名                  |  |             |  |                            |  |  |  | 治療内容                       |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 時間                   |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 予定時間:       |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| O <sub>2</sub>       |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 術者          |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 助手          |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 全身管理<br>担当者 |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| Symbols              |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | Remarks     |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 手術開始・終了 ◎            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 麻酔開始・終了 ×            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 200                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 150                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 血圧(mmHg) ∨           |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | Summary     |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| ∧                    |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 脈拍(回/分) ●            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 100                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 50                   |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| SpO <sub>2</sub> (%) |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 手術時間:       |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 呼吸数(回/分)             |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  | 麻酔時間: |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 輸 液                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 出 血                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | ml          |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | g           |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |



麻 醉 管 理 記 録（例）

日本歯科麻酔学会

|                      |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
|----------------------|--|-------------|--|----------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|-----|--|--|--|----------------|--|--|--|--|--|--|--|----------------|--|--|--|--|--|--|--|---------------|--|--|--|
| No                   |  |             |  | 氏名                         |  |  |  | 症例No.17                    |  |  |  | 歳   |  |  |  | 既往歴・内服薬・検査所見など |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
| 処置日 20    —    —     |  |             |  | 身長                      cm |  |  |  | 体重                      kg |  |  |  | 男・女 |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | ASA：1・2・3・4・E |  |  |  |
| 診断名                  |  |             |  |                            |  |  |  | 治療内容                       |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
| 時間                   |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 予定時間：          |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
| O <sub>2</sub>       |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 術者             |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 助手             |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 全身管理<br>担当者    |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
| Symbols              |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | Remarks        |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
| 手術開始・終了 ◎            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
| 麻酔開始・終了 ×            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
| 200                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
| 150                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
| 血圧(mmHg) ∨           |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | Summary        |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
| ∧                    |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
| 脈拍(回/分) ●            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
| 100                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
| 50                   |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
| SpO <sub>2</sub> (%) |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 手術時間：<br>麻酔時間： |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
| 呼吸数(回/分)             |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
| 輸 液                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
| 出 血                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |

麻 醉 管 理 記 録 (例)

日本歯科麻酔学会

|                      |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|----------------------|--|-------------|--|----------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|-------|--|--|--|----------------|--|--|--|--|--|--|--|-------------|--|-------|--|--|--|--|--|-----------------|--|--|--|
| No                   |  |             |  | 氏名                         |  |  |  | 症例No.18                    |  |  |  | 歳     |  |  |  | 既往歴・内服薬・検査所見など |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 処置日 20    —    —     |  |             |  | 身長                      cm |  |  |  | 体重                      kg |  |  |  | 男 ・ 女 |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  | ASA : 1・2・3・4・E |  |  |  |
| 診断名                  |  |             |  |                            |  |  |  | 治療内容                       |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 時間                   |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 予定時間:       |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| O <sub>2</sub>       |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 術者          |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 助手          |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 全身管理<br>担当者 |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| Symbols              |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | Remarks     |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 手術開始・終了 ◎            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 麻酔開始・終了 ×            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 200                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 150                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 血圧(mmHg) ∨           |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| ∧                    |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 脈拍(回/分) ●            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 100                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 50                   |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| SpO <sub>2</sub> (%) |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | Summary     |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 呼吸数(回/分)             |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 輸 液                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 出 血                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | ml          |  | 手術時間: |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | g           |  | 麻酔時間: |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |

## 麻 醉 管 理 記 録 (例)

日本歯科麻醉学会

|                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|-------|--|--|--|-----------------|--|--|--|--|--|--|--|----------------|--|--|--|--|--|--|--|-------|--|--|--|-------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| No                     |  |  |  | 氏名                         |  |  |  | 症例No.19                    |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  | 既往歴・内服薬・検査所見など |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 処置日 20      —      —   |  |  |  | 身長                      cm |  |  |  | 体重                      kg |  |  |  | 男 ・ 女 |  |  |  | ASA : 1・2・3・4・E |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 診断名                    |  |  |  |                            |  |  |  | 治療内容                       |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 時間                     |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 予定時間: |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| O <sub>2</sub>         |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  | 術者          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  | 助手          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  | 全身管理<br>担当者 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Symbols                |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  | Remarks     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 手術開始・終了 ◎<br>麻酔開始・終了 × |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 200                    |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 150                    |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 100                    |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| SpO <sub>2</sub> (%)   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  | Summary     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 呼吸数(回/分)               |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 輸 液                    |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 出 血                    |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  | 手術時間:       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  | 麻酔時間:       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

麻 醉 管 理 記 録 (例)

日本歯科麻酔学会

|                      |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|----------------------|--|-------------|--|----------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|-------|--|--|--|----------------|--|--|--|--|--|--|--|----------------|--|--|--|--|--|--|--|-----------------|--|--|--|
| No                   |  |             |  | 氏名                         |  |  |  | 症例No.20                    |  |  |  | 歳     |  |  |  | 既往歴・内服薬・検査所見など |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 処置日 20    —    —     |  |             |  | 身長                      cm |  |  |  | 体重                      kg |  |  |  | 男 ・ 女 |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | ASA : 1・2・3・4・E |  |  |  |
| 診断名                  |  |             |  |                            |  |  |  | 治療内容                       |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 時間                   |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 予定時間:          |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| O <sub>2</sub>       |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 術者             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 助手             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 全身管理<br>担当者    |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| Symbols              |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | Remarks        |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 手術開始・終了 ◎            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 麻酔開始・終了 ×            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 200                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 150                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 血圧(mmHg) ∨           |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | Summary        |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| ∧                    |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 脈拍(回/分) ●            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 100                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 50                   |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| SpO <sub>2</sub> (%) |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 手術時間:<br>麻酔時間: |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 呼吸数(回/分)             |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 輸 液                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 出 血                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |

麻 醉 管 理 記 録 (例)

日本歯科麻酔学会

|                      |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|----------------------|--|-------------|--|----------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|-------|--|--|--|----------------|--|--|--|--|--|--|--|-------------|--|--|--|--|--|--|--|-----------------|--|--|--|
| No                   |  |             |  | 氏名                         |  |  |  | 症例No.21                    |  |  |  | 歳     |  |  |  | 既往歴・内服薬・検査所見など |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 処置日 20    —    —     |  |             |  | 身長                      cm |  |  |  | 体重                      kg |  |  |  | 男 ・ 女 |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  | ASA : 1・2・3・4・E |  |  |  |
| 診断名                  |  |             |  |                            |  |  |  | 治療内容                       |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 時間                   |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 予定時間:       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| O <sub>2</sub>       |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 術者          |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 助手          |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 全身管理<br>担当者 |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| Symbols              |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | Remarks     |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 手術開始・終了 ◎            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 麻酔開始・終了 ×            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 200                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 150                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 血圧(mmHg) ∨           |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | Summary     |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| ∧                    |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 脈拍(回/分) ●            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 100                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 50                   |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| SpO <sub>2</sub> (%) |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 呼吸数(回/分)             |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 輸 液                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | ml 手術時間:    |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 出 血                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | g 麻酔時間:     |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |

麻 醉 管 理 記 録 (例)

日本歯科麻酔学会

|                      |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|----------------------|--|-------------|--|----------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|-------|--|--|--|----------------|--|--|--|--|--|--|--|-------------|--|-------|--|--|--|--|--|-----------------|--|--|--|
| No                   |  |             |  | 氏名                         |  |  |  | 症例No.22                    |  |  |  | 歳     |  |  |  | 既往歴・内服薬・検査所見など |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 処置日 20    —    —     |  |             |  | 身長                      cm |  |  |  | 体重                      kg |  |  |  | 男 ・ 女 |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  | ASA : 1・2・3・4・E |  |  |  |
| 診断名                  |  |             |  |                            |  |  |  | 治療内容                       |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 時間                   |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 予定時間:       |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| O <sub>2</sub>       |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 術者          |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 助手          |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 全身管理<br>担当者 |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| Symbols              |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | Remarks     |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 手術開始・終了 ◎            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 麻酔開始・終了 ×            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 200                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 150                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 血圧(mmHg) ∨           |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | Summary     |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| ∧                    |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 脈拍(回/分) ●            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 100                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 50                   |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| SpO <sub>2</sub> (%) |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 手術時間:       |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 呼吸数(回/分)             |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  | 麻酔時間: |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 輸 液                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 出 血                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | ml          |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | g           |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |

麻 醉 管 理 記 録 (例)

日本歯科麻酔学会

|                      |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |             |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|----------------------|--|-------------|--|----------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|-----|--|--|--|----------------|--|--|--|--|--|--|--|-------|--|-------------|--|--|--|--|--|-----------------|--|--|--|
| No                   |  |             |  | 氏名                         |  |  |  | 症例No.23                    |  |  |  | 歳   |  |  |  | 既往歴・内服薬・検査所見など |  |  |  |  |  |  |  |       |  |             |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 処置日 20    —    —     |  |             |  | 身長                      cm |  |  |  | 体重                      kg |  |  |  | 男・女 |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |             |  |  |  |  |  | ASA : 1・2・3・4・E |  |  |  |
| 診断名                  |  |             |  |                            |  |  |  | 治療内容                       |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |             |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 時間                   |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 予定時間: |  |             |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| O <sub>2</sub>       |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | ℓ     |  | 術者          |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  | 助手          |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |             |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  | 全身管理<br>担当者 |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |             |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| Symbols              |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  | Remarks     |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 手術開始・終了 ◎            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |             |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 麻酔開始・終了 ×            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |             |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 200                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |             |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 150                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |             |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 血圧(mmHg) ∨           |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |             |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| ∧                    |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |             |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 脈拍(回/分) ●            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |             |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 100                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |             |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 50                   |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |             |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| SpO <sub>2</sub> (%) |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  | Summary     |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 呼吸数(回/分)             |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |             |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 輸 液                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |             |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 出 血                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |             |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | ml    |  | 手術時間:       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | g     |  | 麻酔時間:       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |

## 麻 醉 管 理 記 録 (例)

日本歯科麻酔学会

|                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|-------|--|--|--|-----------------|--|--|--|--|--|--|--|----------------|--|--|--|--|--|--|--|-------|--|--|--|-------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| No                     |  |  |  | 氏名                         |  |  |  | 症例No.24                    |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  | 既往歴・内服薬・検査所見など |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 処置日 20      —      —   |  |  |  | 身長                      cm |  |  |  | 体重                      kg |  |  |  | 男 ・ 女 |  |  |  | ASA : 1・2・3・4・E |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 診断名                    |  |  |  |                            |  |  |  | 治療内容                       |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 時間                     |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 予定時間: |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| O <sub>2</sub>         |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  | 術者          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  | 助手          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  | 全身管理<br>担当者 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Symbols                |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  | Remarks     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 手術開始・終了 ◎<br>麻酔開始・終了 × |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 200                    |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 150                    |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 100                    |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| SpO <sub>2</sub> (%)   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  | Summary     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 呼吸数(回/分)               |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 輸 液                    |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 出 血                    |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  | 手術時間:       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  | 麻酔時間:       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |



麻 醉 管 理 記 録 (例)

日本歯科麻酔学会

|                        |  |  |  |    |  |  |  |         |  |  |  |      |  |  |  |                |  |  |  |    |  |  |  |         |  |  |  |             |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|------------------------|--|--|--|----|--|--|--|---------|--|--|--|------|--|--|--|----------------|--|--|--|----|--|--|--|---------|--|--|--|-------------|--|--|--|-----------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| No                     |  |  |  | 氏名 |  |  |  | 症例No.25 |  |  |  | 歳    |  |  |  | 既往歴・内服薬・検査所見など |  |  |  |    |  |  |  |         |  |  |  |             |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 処置日 20                 |  |  |  | —  |  |  |  | —       |  |  |  | 身長   |  |  |  | cm             |  |  |  | 体重 |  |  |  | kg      |  |  |  | 男・女         |  |  |  | ASA : 1・2・3・4・E |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 診断名                    |  |  |  |    |  |  |  |         |  |  |  | 治療内容 |  |  |  |                |  |  |  |    |  |  |  |         |  |  |  |             |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 時間                     |  |  |  |    |  |  |  |         |  |  |  |      |  |  |  |                |  |  |  |    |  |  |  | 予定時間:   |  |  |  |             |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| O <sub>2</sub>         |  |  |  |    |  |  |  |         |  |  |  |      |  |  |  |                |  |  |  |    |  |  |  | ℓ       |  |  |  | 術者          |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                        |  |  |  |    |  |  |  |         |  |  |  |      |  |  |  |                |  |  |  |    |  |  |  |         |  |  |  |             |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                        |  |  |  |    |  |  |  |         |  |  |  |      |  |  |  |                |  |  |  |    |  |  |  |         |  |  |  | 助手          |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                        |  |  |  |    |  |  |  |         |  |  |  |      |  |  |  |                |  |  |  |    |  |  |  |         |  |  |  |             |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                        |  |  |  |    |  |  |  |         |  |  |  |      |  |  |  |                |  |  |  |    |  |  |  |         |  |  |  | 全身管理<br>担当者 |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Symbols                |  |  |  |    |  |  |  |         |  |  |  |      |  |  |  |                |  |  |  |    |  |  |  | Remarks |  |  |  |             |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 手術開始・終了 ◎<br>麻酔開始・終了 × |  |  |  |    |  |  |  |         |  |  |  |      |  |  |  |                |  |  |  |    |  |  |  |         |  |  |  |             |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 200                    |  |  |  |    |  |  |  |         |  |  |  |      |  |  |  |                |  |  |  |    |  |  |  |         |  |  |  |             |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 150                    |  |  |  |    |  |  |  |         |  |  |  |      |  |  |  |                |  |  |  |    |  |  |  |         |  |  |  |             |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 100                    |  |  |  |    |  |  |  |         |  |  |  |      |  |  |  |                |  |  |  |    |  |  |  |         |  |  |  |             |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 50                     |  |  |  |    |  |  |  |         |  |  |  |      |  |  |  |                |  |  |  |    |  |  |  | Summary |  |  |  |             |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                        |  |  |  |    |  |  |  |         |  |  |  |      |  |  |  |                |  |  |  |    |  |  |  |         |  |  |  |             |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                        |  |  |  |    |  |  |  |         |  |  |  |      |  |  |  |                |  |  |  |    |  |  |  |         |  |  |  |             |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                        |  |  |  |    |  |  |  |         |  |  |  |      |  |  |  |                |  |  |  |    |  |  |  |         |  |  |  |             |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| SpO <sub>2</sub> (%)   |  |  |  |    |  |  |  |         |  |  |  |      |  |  |  |                |  |  |  |    |  |  |  |         |  |  |  |             |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 呼吸数(回/分)               |  |  |  |    |  |  |  |         |  |  |  |      |  |  |  |                |  |  |  |    |  |  |  |         |  |  |  |             |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 輸液                     |  |  |  |    |  |  |  |         |  |  |  |      |  |  |  |                |  |  |  |    |  |  |  |         |  |  |  |             |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 出血                     |  |  |  |    |  |  |  |         |  |  |  |      |  |  |  |                |  |  |  |    |  |  |  |         |  |  |  |             |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                        |  |  |  |    |  |  |  |         |  |  |  |      |  |  |  |                |  |  |  |    |  |  |  | ml      |  |  |  | 手術時間:       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                        |  |  |  |    |  |  |  |         |  |  |  |      |  |  |  |                |  |  |  |    |  |  |  | g       |  |  |  | 麻酔時間:       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

麻 醉 管 理 記 録 (例)

日本歯科麻酔学会

|                      |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|----------------------|--|-------------|--|----------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|-------|--|--|--|----------------|--|--|--|--|--|--|--|----------------|--|--|--|--|--|--|--|-----------------|--|--|--|
| No                   |  |             |  | 氏名                         |  |  |  | 症例No.26                    |  |  |  | 歳     |  |  |  | 既往歴・内服薬・検査所見など |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 処置日 20    —    —     |  |             |  | 身長                      cm |  |  |  | 体重                      kg |  |  |  | 男 ・ 女 |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | ASA : 1・2・3・4・E |  |  |  |
| 診断名                  |  |             |  |                            |  |  |  | 治療内容                       |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 時間                   |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 予定時間:          |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| O <sub>2</sub>       |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 術者             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 助手             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 全身管理<br>担当者    |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| Symbols              |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | Remarks        |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 手術開始・終了 ◎            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 麻酔開始・終了 ×            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 200                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 150                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 血圧(mmHg) ∨           |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | Summary        |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| ∧                    |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 脈拍(回/分) ●            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 100                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 50                   |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| SpO <sub>2</sub> (%) |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 手術時間:<br>麻酔時間: |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 呼吸数(回/分)             |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 輸 液                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 出 血                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |

麻 醉 管 理 記 録 (例)

日本歯科麻酔学会

|                                                                                                           |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|-----|--|--|--|-----------------|--|--|--|--|--|--|--|-------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| No                                                                                                        |  |  |  | 氏名                         |  |  |  | 症例No.27                    |  |  |  | 歳   |  |  |  | 既往歴・内服薬・検査所見など  |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 処置日 20      —      —                                                                                      |  |  |  | 身長                      cm |  |  |  | 体重                      kg |  |  |  | 男・女 |  |  |  | ASA : 1・2・3・4・E |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 診断名                                                                                                       |  |  |  |                            |  |  |  | 治療内容                       |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 時間                                                                                                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  | 予定時間:       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| O <sub>2</sub>                                                                                            |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  | 術者          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                           |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                           |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  | 助手          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                           |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                           |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  | 全身管理<br>担当者 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Symbols                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  | Remarks     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 手術開始・終了 ◎<br>麻酔開始・終了 ×<br><br>200<br><br>150<br><br>100<br><br>50<br><br>SpO <sub>2</sub> (%)<br>呼吸数(回/分) |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  | Summary     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                           |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                           |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                           |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                           |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                           |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                           |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                           |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                           |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                           |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 輸 液                                                                                                       |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  | ml 手術時間:    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 出 血                                                                                                       |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  | g 麻酔時間:     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

麻 醉 管 理 記 録 (例)

日本歯科麻酔学会

|                      |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|----------------------|--|-------------|--|----------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|-------|--|--|--|----------------|--|--|--|--|--|--|--|-------------|--|--|--|--|--|--|--|-----------------|--|--|--|
| No                   |  |             |  | 氏名                         |  |  |  | 症例No.28                    |  |  |  | 歳     |  |  |  | 既往歴・内服薬・検査所見など |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 処置日 20    —    —     |  |             |  | 身長                      cm |  |  |  | 体重                      kg |  |  |  | 男 ・ 女 |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  | ASA : 1・2・3・4・E |  |  |  |
| 診断名                  |  |             |  |                            |  |  |  | 治療内容                       |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 時間                   |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 予定時間:       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| O <sub>2</sub>       |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 術者          |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 助手          |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 全身管理<br>担当者 |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| Symbols              |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | Remarks     |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 手術開始・終了 ◎            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 麻酔開始・終了 ×            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 200                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 150                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 血圧(mmHg) ∨           |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | Summary     |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| ∧                    |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 脈拍(回/分) ●            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 100                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 50                   |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| SpO <sub>2</sub> (%) |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 呼吸数(回/分)             |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 輸 液                  |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | ml 手術時間:    |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 出 血                  |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | g 麻酔時間:     |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |

麻 醉 管 理 記 録 (例)

日本歯科麻酔学会

|                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|-----|--|--|--|-----------------|--|--|--|--|--|--|--|----------------|--|--|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| No                                                                                                |  |  |  | 氏名                         |  |  |  | 症例No.29                    |  |  |  | 歳   |  |  |  | 既往歴・内服薬・検査所見など  |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 処置日 20      —      —                                                                              |  |  |  | 身長                      cm |  |  |  | 体重                      kg |  |  |  | 男・女 |  |  |  | ASA : 1・2・3・4・E |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 診断名                                                                                               |  |  |  |                            |  |  |  | 治療内容                       |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 時間                                                                                                |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  | 予定時間:          |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| O <sub>2</sub>                                                                                    |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  | 術者             |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  | 助手             |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  | 全身管理<br>担当者    |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Symbols                                                                                           |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  | Remarks        |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 手術開始・終了 ◎<br>麻酔開始・終了 ×<br><br>200<br><br>150<br>血压(mmHg) ∨<br>^<br>脈拍(回/分) ●<br><br>100<br><br>50 |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  | Summary        |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| SpO <sub>2</sub> (%)                                                                              |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  | 手術時間:<br>麻酔時間: |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 呼吸数(回/分)                                                                                          |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 輸 液                                                                                               |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 出 血                                                                                               |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  | ml             |  |  |  | g |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

麻 醉 管 理 記 録 (例)

日本歯科麻酔学会

|                                                                                                           |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|-----|--|--|--|-----------------|--|--|--|--|--|--|--|-------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| No                                                                                                        |  |  |  | 氏名                         |  |  |  | 症例No.30                    |  |  |  | 歳   |  |  |  | 既往歴・内服薬・検査所見など  |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 処置日 20      —      —                                                                                      |  |  |  | 身長                      cm |  |  |  | 体重                      kg |  |  |  | 男・女 |  |  |  | ASA : 1・2・3・4・E |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 診断名                                                                                                       |  |  |  |                            |  |  |  | 治療内容                       |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 時間                                                                                                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  | 予定時間:       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| O <sub>2</sub>                                                                                            |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  | 術者          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                           |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                           |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  | 助手          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                           |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                           |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  | 全身管理<br>担当者 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Symbols                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  | Remarks     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 手術開始・終了 ◎<br>麻酔開始・終了 ×<br><br>200<br><br>150<br><br>100<br><br>50<br><br>SpO <sub>2</sub> (%)<br>呼吸数(回/分) |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  | Summary     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                           |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                           |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                           |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                           |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                           |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                           |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                           |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                           |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                           |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 輸 液                                                                                                       |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  | ml 手術時間:    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 出 血                                                                                                       |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  | g 麻酔時間:     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

麻 醉 管 理 記 録 (例)

日本歯科麻酔学会

|                      |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|----------------------|--|-------------|--|----------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|-------|--|--|--|----------------|--|--|--|--|--|--|--|-------------|--|--|--|--|--|--|--|-----------------|--|--|--|
| No                   |  |             |  | 氏名                         |  |  |  | 症例No.31                    |  |  |  | 歳     |  |  |  | 既往歴・内服薬・検査所見など |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 処置日 20    —    —     |  |             |  | 身長                      cm |  |  |  | 体重                      kg |  |  |  | 男 ・ 女 |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  | ASA : 1・2・3・4・E |  |  |  |
| 診断名                  |  |             |  |                            |  |  |  | 治療内容                       |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 時間                   |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 予定時間:       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| O <sub>2</sub>       |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 術者          |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 助手          |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 全身管理<br>担当者 |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| Symbols              |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | Remarks     |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 手術開始・終了 ◎            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 麻酔開始・終了 ×            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 200                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 150                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 血圧(mmHg) ∨           |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | Summary     |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| ∧                    |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 脈拍(回/分) ●            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 100                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 50                   |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| SpO <sub>2</sub> (%) |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 呼吸数(回/分)             |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 輸 液                  |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | ml 手術時間:    |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 出 血                  |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | g 麻酔時間:     |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |

麻 醉 管 理 記 録 (例)

日本歯科麻酔学会

|                      |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|----------------------|--|-------------|--|----------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|-----|--|--|--|----------------|--|--|--|--|--|--|--|----------------|--|--|--|--|--|--|--|-----------------|--|--|--|
| No                   |  |             |  | 氏名                         |  |  |  | 症例No.32                    |  |  |  | 歳   |  |  |  | 既往歴・内服薬・検査所見など |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 処置日 20    —    —     |  |             |  | 身長                      cm |  |  |  | 体重                      kg |  |  |  | 男・女 |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | ASA : 1・2・3・4・E |  |  |  |
| 診断名                  |  |             |  |                            |  |  |  | 治療内容                       |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 時間                   |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 予定時間:          |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| O <sub>2</sub>       |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 術者             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 助手             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 全身管理<br>担当者    |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| Symbols              |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | Remarks        |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 手術開始・終了 ◎            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 麻酔開始・終了 ×            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 200                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 150                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 血圧(mmHg) ∨           |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | Summary        |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| ∧                    |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 脈拍(回/分) ●            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 100                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 50                   |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| SpO <sub>2</sub> (%) |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 手術時間:<br>麻酔時間: |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 呼吸数(回/分)             |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 輸 液                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 出 血                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |



麻 醉 管 理 記 録 (例)

日本歯科麻酔学会

|                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|-------|--|--|--|----------------|--|--|--|-------------|--|--|--|-------|--|--|--|--|--|--|--|-----------------|--|--|--|
| No                     |  |  |  | 氏名                         |  |  |  | 症例No.33                    |  |  |  | 歳     |  |  |  | 既往歴・内服薬・検査所見など |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 処置日 20    —    —       |  |  |  | 身長                      cm |  |  |  | 体重                      kg |  |  |  | 男 ・ 女 |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  | ASA : 1・2・3・4・E |  |  |  |
| 診断名                    |  |  |  |                            |  |  |  | 治療内容                       |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 時間                     |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  | 予定時間: |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| O <sub>2</sub>         |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  | 術者          |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  | 助手          |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  | 全身管理<br>担当者 |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| Symbols                |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  | Remarks     |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 手術開始・終了 ◎<br>麻酔開始・終了 × |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 200                    |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  | Summary     |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 150                    |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 100                    |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 50                     |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| SpO <sub>2</sub> (%)   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 呼吸数(回/分)               |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 輸 液                    |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  | ml 手術時間:    |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 出 血                    |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  | g 麻酔時間:     |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |

麻 醉 管 理 記 録 (例)

日本歯科麻酔学会

|                      |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|----------------------|--|-------------|--|----------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|-------|--|--|--|----------------|--|--|--|--|--|--|--|-------------|--|--|--|--|--|--|--|-----------------|--|--|--|
| No                   |  |             |  | 氏名                         |  |  |  | 症例No.34                    |  |  |  | 歳     |  |  |  | 既往歴・内服薬・検査所見など |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 処置日 20    —    —     |  |             |  | 身長                      cm |  |  |  | 体重                      kg |  |  |  | 男 ・ 女 |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  | ASA : 1・2・3・4・E |  |  |  |
| 診断名                  |  |             |  |                            |  |  |  | 治療内容                       |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 時間                   |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 予定時間:       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| O <sub>2</sub>       |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 術者          |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 助手          |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 全身管理<br>担当者 |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| Symbols              |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | Remarks     |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 手術開始・終了 ◎            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 麻酔開始・終了 ×            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 血圧(mmHg) ∨           |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 脈拍(回/分) ●            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 200                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | Summary     |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 150                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 100                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 50                   |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| SpO <sub>2</sub> (%) |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 呼吸数(回/分)             |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 輸 液                  |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | ml 手術時間:    |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 出 血                  |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | g 麻酔時間:     |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |

麻 醉 管 理 記 録 (例)

日本歯科麻酔学会

|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  |          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|----------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|-------|--|--|--|----------------|--|--|--|-------------|--|--|--|----------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-----------------|--|--|--|
| No                   |  |  |  | 氏名                         |  |  |  | 症例No.35                    |  |  |  | 歳     |  |  |  | 既往歴・内服薬・検査所見など |  |  |  |             |  |  |  |          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 処置日 20      —      — |  |  |  | 身長                      cm |  |  |  | 体重                      kg |  |  |  | 男 ・ 女 |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  |          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | ASA : 1・2・3・4・E |  |  |  |
| 診断名                  |  |  |  |                            |  |  |  | 治療内容                       |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  |          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 時間                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  | 予定時間:    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| O <sub>2</sub>       |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  | 術者          |  |  |  |          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  |          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  | 助手          |  |  |  |          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  |          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  | 全身管理<br>担当者 |  |  |  |          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| Symbols              |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  | Remarks     |  |  |  |          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 200                  |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  |          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 手術開始・終了 ◎            |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  |          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 麻酔開始・終了 ×            |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  |          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 150                  |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  |          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 血圧(mmHg) ∨           |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  |          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| ∧                    |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  |          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 脈拍(回/分) ●            |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  |          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 100                  |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  |          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 50                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  |          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| SpO <sub>2</sub> (%) |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  |          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 呼吸数(回/分)             |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  | Summary     |  |  |  |          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 輸 液                  |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  | ml 手術時間: |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 出 血                  |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  | g 麻酔時間:  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |

麻 醉 管 理 記 録 (例)

日本歯科麻酔学会

|                      |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|----------------------|--|-------------|--|----------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|-------|--|--|--|----------------|--|--|--|--|--|--|--|-------------|--|--|--|--|--|--|--|-----------------|--|--|--|
| No                   |  |             |  | 氏名                         |  |  |  | 症例No.36                    |  |  |  | 歳     |  |  |  | 既往歴・内服薬・検査所見など |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 処置日 20    —    —     |  |             |  | 身長                      cm |  |  |  | 体重                      kg |  |  |  | 男 ・ 女 |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  | ASA : 1・2・3・4・E |  |  |  |
| 診断名                  |  |             |  |                            |  |  |  | 治療内容                       |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 時間                   |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 予定時間:       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| O <sub>2</sub>       |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 術者          |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 助手          |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 全身管理<br>担当者 |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| Symbols              |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | Remarks     |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 手術開始・終了 ◎            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 麻酔開始・終了 ×            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 200                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 150                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 血圧(mmHg) ∨           |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | Summary     |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| ∧                    |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 脈拍(回/分) ●            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 100                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 50                   |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| SpO <sub>2</sub> (%) |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 呼吸数(回/分)             |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 輸 液                  |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | ml 手術時間:    |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 出 血                  |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | g 麻酔時間:     |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |

麻 醉 管 理 記 録 (例)

日本歯科麻酔学会

|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |         |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|----------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|-----|--|--|--|----------------|--|--|--|---------|--|--|--|-------------|--|--|--|--|--|--|--|-----------------|--|--|--|
| No                   |  |  |  | 氏名                         |  |  |  | 症例No.37                    |  |  |  | 歳   |  |  |  | 既往歴・内服薬・検査所見など |  |  |  |         |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 処置日 20    —    —     |  |  |  | 身長                      cm |  |  |  | 体重                      kg |  |  |  | 男・女 |  |  |  |                |  |  |  |         |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  | ASA : 1・2・3・4・E |  |  |  |
| 診断名                  |  |  |  |                            |  |  |  | 治療内容                       |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |         |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 時間                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |         |  |  |  | 予定時間:       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| O <sub>2</sub>       |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  | ℓ       |  |  |  | 術者          |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |         |  |  |  | 助手          |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |         |  |  |  | 全身管理<br>担当者 |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| Symbols              |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  | Remarks |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 手術開始・終了 ◎            |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |         |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 麻酔開始・終了 ×            |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |         |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 200                  |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |         |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 150                  |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |         |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 100                  |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |         |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 血压(mmHg) ∨           |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  | Summary |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| ∧                    |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |         |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 脈拍(回/分) ●            |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |         |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 50                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |         |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |         |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| SpO <sub>2</sub> (%) |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |         |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 呼吸数(回/分)             |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |         |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 輸 液                  |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  | ml      |  |  |  | 手術時間:       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 出 血                  |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  | g       |  |  |  | 麻酔時間:       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |

麻 醉 管 理 記 録 (例)

日本歯科麻酔学会

|                      |  |  |                            |  |  |                            |  |  |       |  |  |                 |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|----------------------|--|--|----------------------------|--|--|----------------------------|--|--|-------|--|--|-----------------|--|--|--|--|--|-------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| No                   |  |  | 氏名                         |  |  | 症例No.38                    |  |  | 歳     |  |  | 既往歴・内服薬・検査所見など  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 処置日 20    —    —     |  |  | 身長                      cm |  |  | 体重                      kg |  |  | 男 ・ 女 |  |  | ASA : 1・2・3・4・E |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 診断名                  |  |  |                            |  |  | 治療内容                       |  |  |       |  |  |                 |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 時間                   |  |  |                            |  |  |                            |  |  |       |  |  |                 |  |  |  |  |  | 予定時間:       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| O <sub>2</sub>       |  |  |                            |  |  |                            |  |  |       |  |  |                 |  |  |  |  |  | 術者          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                      |  |  |                            |  |  |                            |  |  |       |  |  |                 |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                      |  |  |                            |  |  |                            |  |  |       |  |  |                 |  |  |  |  |  | 助手          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                      |  |  |                            |  |  |                            |  |  |       |  |  |                 |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                      |  |  |                            |  |  |                            |  |  |       |  |  |                 |  |  |  |  |  | 全身管理<br>担当者 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Symbols              |  |  |                            |  |  |                            |  |  |       |  |  |                 |  |  |  |  |  | Remarks     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 200                  |  |  |                            |  |  |                            |  |  |       |  |  |                 |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 手術開始・終了 ◎            |  |  |                            |  |  |                            |  |  |       |  |  |                 |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 麻酔開始・終了 ×            |  |  |                            |  |  |                            |  |  |       |  |  |                 |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 150                  |  |  |                            |  |  |                            |  |  |       |  |  |                 |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 血圧(mmHg) ∨           |  |  |                            |  |  |                            |  |  |       |  |  |                 |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ∧                    |  |  |                            |  |  |                            |  |  |       |  |  |                 |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 脈拍(回/分) ●            |  |  |                            |  |  |                            |  |  |       |  |  |                 |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 100                  |  |  |                            |  |  |                            |  |  |       |  |  |                 |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 50                   |  |  |                            |  |  |                            |  |  |       |  |  |                 |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| SpO <sub>2</sub> (%) |  |  |                            |  |  |                            |  |  |       |  |  |                 |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 呼吸数(回/分)             |  |  |                            |  |  |                            |  |  |       |  |  |                 |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 輸 液                  |  |  |                            |  |  |                            |  |  |       |  |  |                 |  |  |  |  |  | ml 手術時間:    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 出 血                  |  |  |                            |  |  |                            |  |  |       |  |  |                 |  |  |  |  |  | g 麻酔時間:     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

麻 醉 管 理 記 録 (例)

日本歯科麻酔学会

|                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |    |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|-------|--|--|--|----------------|--|--|--|----|--|--|--|-------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-----------------|--|--|--|
| No                     |  |  |  | 氏名                         |  |  |  | 症例No.39                    |  |  |  | 歳     |  |  |  | 既往歴・内服薬・検査所見など |  |  |  |    |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 処置日 20      —      —   |  |  |  | 身長                      cm |  |  |  | 体重                      kg |  |  |  | 男 ・ 女 |  |  |  |                |  |  |  |    |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | ASA : 1・2・3・4・E |  |  |  |
| 診断名                    |  |  |  |                            |  |  |  | 治療内容                       |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |    |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 時間                     |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |    |  |  |  | 予定時間:       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| O <sub>2</sub>         |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  | ℓ  |  |  |  | 術者          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |    |  |  |  | 助手          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |    |  |  |  | 全身管理<br>担当者 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| Symbols                |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |    |  |  |  | Remarks     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 手術開始・終了 ◎<br>麻酔開始・終了 × |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |    |  |  |  | Summary     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 200                    |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |    |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 150                    |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |    |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 100                    |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |    |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 50                     |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |    |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| SpO <sub>2</sub> (%)   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |    |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 呼吸数(回/分)               |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |    |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 輸 液                    |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  | ml |  |  |  | 手術時間:       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 出 血                    |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  | g  |  |  |  | 麻酔時間:       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |

麻 醉 管 理 記 録 (例)

日本歯科麻酔学会

|                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|-----|--|--|--|-----------------|--|--|--|--|--|--|--|----------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| No                                                                                                |  |  |  | 氏名                         |  |  |  | 症例No.40                    |  |  |  | 歳   |  |  |  | 既往歴・内服薬・検査所見など  |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 処置日 20      —      —                                                                              |  |  |  | 身長                      cm |  |  |  | 体重                      kg |  |  |  | 男・女 |  |  |  | ASA : 1・2・3・4・E |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 診断名                                                                                               |  |  |  |                            |  |  |  | 治療内容                       |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 時間                                                                                                |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  | 予定時間:          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| O <sub>2</sub>                                                                                    |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  | 術者             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  | 助手             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  | 全身管理<br>担当者    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Symbols                                                                                           |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  | Remarks        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 手術開始・終了 ◎<br>麻酔開始・終了 ×<br><br>200<br><br>150<br>血压(mmHg) ∨<br>^<br>脈拍(回/分) ●<br><br>100<br><br>50 |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  | Summary        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| SpO <sub>2</sub> (%)                                                                              |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  | 手術時間:<br>麻酔時間: |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 呼吸数(回/分)                                                                                          |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 輸 液                                                                                               |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  | ml             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 出 血                                                                                               |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  | g              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |



麻 醉 管 理 記 録 (例)

日本歯科麻酔学会

|                      |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|----------------------|--|-------------|--|----------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|-------|--|--|--|----------------|--|--|--|--|--|--|--|-------------|--|-------|--|--|--|--|--|-----------------|--|--|--|
| No                   |  |             |  | 氏名                         |  |  |  | 症例No.41                    |  |  |  | 歳     |  |  |  | 既往歴・内服薬・検査所見など |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 処置日 20    —    —     |  |             |  | 身長                      cm |  |  |  | 体重                      kg |  |  |  | 男 ・ 女 |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  | ASA : 1・2・3・4・E |  |  |  |
| 診断名                  |  |             |  |                            |  |  |  | 治療内容                       |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 時間                   |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 予定時間:       |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| O <sub>2</sub>       |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 術者          |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 助手          |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 全身管理<br>担当者 |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| Symbols              |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | Remarks     |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 手術開始・終了 ◎            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 麻酔開始・終了 ×            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 200                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 150                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 血圧(mmHg) ∨           |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | Summary     |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| ∧                    |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 脈拍(回/分) ●            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 100                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 50                   |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| SpO <sub>2</sub> (%) |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 手術時間:       |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 呼吸数(回/分)             |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  | 麻酔時間: |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 輸 液                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 出 血                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | ml          |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | g           |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |

麻 醉 管 理 記 録 (例)

日本歯科麻酔学会

|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |             |  |       |  |       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|----------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|-----|--|--|--|----------------|--|--|--|-------------|--|-------|--|-------|--|--|--|--|--|--|--|-----------------|--|--|--|
| No                   |  |  |  | 氏名                         |  |  |  | 症例No.42                    |  |  |  | 歳   |  |  |  | 既往歴・内服薬・検査所見など |  |  |  |             |  |       |  |       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 処置日 20    —    —     |  |  |  | 身長                      cm |  |  |  | 体重                      kg |  |  |  | 男・女 |  |  |  |                |  |  |  |             |  |       |  |       |  |  |  |  |  |  |  | ASA : 1・2・3・4・E |  |  |  |
| 診断名                  |  |  |  |                            |  |  |  | 治療内容                       |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |             |  |       |  |       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 時間                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  | 予定時間:       |  |       |  |       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| O <sub>2</sub>       |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  | 術者          |  |       |  |       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  | 助手          |  |       |  |       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  | 全身管理<br>担当者 |  |       |  |       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |             |  |       |  |       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |             |  |       |  |       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| Symbols              |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  | Remarks     |  |       |  |       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 手術開始・終了 ◎            |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |             |  |       |  |       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 麻酔開始・終了 ×            |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |             |  |       |  |       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 200                  |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |             |  |       |  |       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 150                  |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |             |  |       |  |       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 血圧(mmHg) ∨           |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  | Summary     |  |       |  |       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 脈拍(回/分) ●            |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |             |  |       |  |       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 100                  |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |             |  |       |  |       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 50                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |             |  |       |  |       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| SpO <sub>2</sub> (%) |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |             |  | 手術時間: |  |       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 呼吸数(回/分)             |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |             |  |       |  |       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 輸液                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |             |  |       |  |       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 出血                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |             |  |       |  |       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  | ml          |  |       |  | 麻酔時間: |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  | g           |  |       |  |       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |

麻 醉 管 理 記 録 (例)

日本歯科麻酔学会

|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |         |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |
|----------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|-----|--|--|--|----------------|--|--|--|---------|--|--|--|-------------|--|--|--|-------|--|--|--|-----------------|--|--|--|
| No                   |  |  |  | 氏名                         |  |  |  | 症例No.43                    |  |  |  | 歳   |  |  |  | 既往歴・内服薬・検査所見など |  |  |  |         |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |
| 処置日 20    —    —     |  |  |  | 身長                      cm |  |  |  | 体重                      kg |  |  |  | 男・女 |  |  |  |                |  |  |  |         |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  | ASA : 1・2・3・4・E |  |  |  |
| 診断名                  |  |  |  |                            |  |  |  | 治療内容                       |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |         |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |
| 時間                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |         |  |  |  | 予定時間:       |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |
| O <sub>2</sub>       |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  | ℓ       |  |  |  | 術者          |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |         |  |  |  | 助手          |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |         |  |  |  | 全身管理<br>担当者 |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |
| Symbols              |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  | Remarks |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |
| 200                  |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |         |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |
| 手術開始・終了 ◎            |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |         |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |
| 麻酔開始・終了 ×            |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |         |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |
| 150                  |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |         |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |
| 100                  |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |         |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |
| 血圧(mmHg) ∨           |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  | Summary |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |
| ∧                    |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |         |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |
| 脈拍(回/分) ●            |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |         |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |
| 50                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |         |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |         |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |
| SpO <sub>2</sub> (%) |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  | ml      |  |  |  | 手術時間:       |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |
| 呼吸数(回/分)             |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |         |  |  |  | g           |  |  |  | 麻酔時間: |  |  |  |                 |  |  |  |
| 輸 液                  |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |         |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |
| 出 血                  |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |         |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |

麻 醉 管 理 記 録 (例)

日本歯科麻酔学会

|                      |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|----------------------|--|-------------|--|----------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|-------|--|--|--|----------------|--|--|--|--|--|--|--|-------------|--|-------|--|--|--|--|--|-----------------|--|--|--|
| No                   |  |             |  | 氏名                         |  |  |  | 症例No.44                    |  |  |  | 歳     |  |  |  | 既往歴・内服薬・検査所見など |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 処置日 20    —    —     |  |             |  | 身長                      cm |  |  |  | 体重                      kg |  |  |  | 男 ・ 女 |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  | ASA : 1・2・3・4・E |  |  |  |
| 診断名                  |  |             |  |                            |  |  |  | 治療内容                       |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 時間                   |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 予定時間:       |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| O <sub>2</sub>       |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 術者          |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 助手          |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 全身管理<br>担当者 |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| Symbols              |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | Remarks     |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 手術開始・終了 ◎            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 麻酔開始・終了 ×            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 200                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 150                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 血圧(mmHg) ∨           |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | Summary     |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| ∧                    |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 脈拍(回/分) ●            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 100                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 50                   |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| SpO <sub>2</sub> (%) |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 手術時間:       |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 呼吸数(回/分)             |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  | 麻酔時間: |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 輸 液                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 出 血                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | ml          |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | g           |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |

麻 醉 管 理 記 録 (例)

日本歯科麻酔学会

|                      |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|----------------------|--|-------------|--|----------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|-------|--|--|--|----------------|--|--|--|--|--|--|--|-------------|--|--|--|--|--|--|--|-----------------|--|--|--|
| No                   |  |             |  | 氏名                         |  |  |  | 症例No.45                    |  |  |  | 歳     |  |  |  | 既往歴・内服薬・検査所見など |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 処置日 20    —    —     |  |             |  | 身長                      cm |  |  |  | 体重                      kg |  |  |  | 男 ・ 女 |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  | ASA : 1・2・3・4・E |  |  |  |
| 診断名                  |  |             |  |                            |  |  |  | 治療内容                       |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 時間                   |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 予定時間:       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| O <sub>2</sub>       |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 術者          |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 助手          |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 全身管理<br>担当者 |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| Symbols              |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | Remarks     |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 手術開始・終了 ◎            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 麻酔開始・終了 ×            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 血圧(mmHg) ∨           |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 脈拍(回/分) ●            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 200                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | Summary     |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 150                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 100                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 50                   |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| SpO <sub>2</sub> (%) |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 呼吸数(回/分)             |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 輸 液                  |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | ml 手術時間:    |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 出 血                  |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | g 麻酔時間:     |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |

麻 醉 管 理 記 録 (例)

日本歯科麻酔学会

|                        |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |         |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|------------------------|--|-------------|--|----------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|-------|--|--|--|----------------|--|--|--|--|--|---------|--|-------------|--|--|--|--|--|--|--|-----------------|--|--|--|
| No                     |  |             |  | 氏名                         |  |  |  | 症例No.46                    |  |  |  | 歳     |  |  |  | 既往歴・内服薬・検査所見など |  |  |  |  |  |         |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 処置日 20    —    —       |  |             |  | 身長                      cm |  |  |  | 体重                      kg |  |  |  | 男 ・ 女 |  |  |  |                |  |  |  |  |  |         |  |             |  |  |  |  |  |  |  | ASA : 1・2・3・4・E |  |  |  |
| 診断名                    |  |             |  |                            |  |  |  | 治療内容                       |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |         |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 時間                     |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |         |  | 予定時間:       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| O <sub>2</sub>         |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  | ℓ       |  | 術者          |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                        |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |         |  | 助手          |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                        |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |         |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                        |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |         |  | 全身管理<br>担当者 |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                        |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |         |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| Symbols                |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  | Remarks |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 手術開始・終了 ◎<br>麻酔開始・終了 × |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |         |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 200                    |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |         |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 150                    |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |         |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 100                    |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  | Summary |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 50                     |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |         |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| SpO <sub>2</sub> (%)   |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |         |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 呼吸数(回/分)               |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |         |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 輸 液                    |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  | ml      |  | 手術時間:       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 出 血                    |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  | g       |  | 麻酔時間:       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |

麻 醉 管 理 記 録 (例)

日本歯科麻酔学会

|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |
|----------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|-------|--|--|--|----------------|--|--|--|--|--|--|--|-------------|--|-------|--|-------|--|--|--|-----------------|--|--|--|
| No                   |  |  |  | 氏名                         |  |  |  | 症例No.47                    |  |  |  | 歳     |  |  |  | 既往歴・内服薬・検査所見など |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |
| 処置日 20    —    —     |  |  |  | 身長                      cm |  |  |  | 体重                      kg |  |  |  | 男 ・ 女 |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |       |  |  |  | ASA : 1・2・3・4・E |  |  |  |
| 診断名                  |  |  |  |                            |  |  |  | 治療内容                       |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |
| 時間                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 予定時間:       |  |       |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |
| O <sub>2</sub>       |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 術者          |  |       |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 助手          |  |       |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 全身管理<br>担当者 |  |       |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |
| Symbols              |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | Remarks     |  |       |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |
| 手術開始・終了 ◎            |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |
| 麻酔開始・終了 ×            |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |
| 200                  |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |
| 150                  |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |
| 血圧(mmHg) ∨           |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | Summary     |  |       |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |
| 脈拍(回/分) ●            |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |
| 100                  |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |
| 50                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |
| SpO <sub>2</sub> (%) |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  | 手術時間: |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |
| 呼吸数(回/分)             |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |
| 輸 液                  |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |
| 出 血                  |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | ml          |  |       |  | 麻酔時間: |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | g           |  |       |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |

麻 醉 管 理 記 録 (例)

日本歯科麻酔学会

|                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |         |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|-------|--|--|--|----------------|--|--|--|---------|--|--|--|-------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-----------------|--|--|--|
| No                     |  |  |  | 氏名                         |  |  |  | 症例No.48                    |  |  |  | 歳     |  |  |  | 既往歴・内服薬・検査所見など |  |  |  |         |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 処置日 20      —      —   |  |  |  | 身長                      cm |  |  |  | 体重                      kg |  |  |  | 男 ・ 女 |  |  |  |                |  |  |  |         |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | ASA : 1・2・3・4・E |  |  |  |
| 診断名                    |  |  |  |                            |  |  |  | 治療内容                       |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |         |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 時間                     |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |         |  |  |  | 予定時間:       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| O <sub>2</sub>         |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  | ℓ       |  |  |  | 術者          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |         |  |  |  | 助手          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |         |  |  |  | 全身管理<br>担当者 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| Symbols                |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  | Remarks |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 手術開始・終了 ◎<br>麻酔開始・終了 × |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  | Summary |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 200                    |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |         |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 150                    |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |         |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 100                    |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |         |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 50                     |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |         |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| SpO <sub>2</sub> (%)   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |         |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 呼吸数(回/分)               |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |         |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 輸 液                    |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  | ml      |  |  |  | 手術時間:       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 出 血                    |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  | g       |  |  |  | 麻酔時間:       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |



麻 醉 管 理 記 録 (例)

日本歯科麻酔学会

|                      |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|----------------------|--|-------------|--|----------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|-------|--|--|--|----------------|--|--|--|-------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-----------------|--|--|--|
| No                   |  |             |  | 氏名                         |  |  |  | 症例No.49                    |  |  |  | 歳     |  |  |  | 既往歴・内服薬・検査所見など |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 処置日 20    —    —     |  |             |  | 身長                      cm |  |  |  | 体重                      kg |  |  |  | 男 ・ 女 |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | ASA : 1・2・3・4・E |  |  |  |
| 診断名                  |  |             |  |                            |  |  |  | 治療内容                       |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 時間                   |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  | 予定時間:       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| O <sub>2</sub>       |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  | 術者          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  | 助手          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  | 全身管理<br>担当者 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| Symbols              |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  | Remarks     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 手術開始・終了 ◎            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 麻酔開始・終了 ×            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 血圧(mmHg)    ∨        |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 脈拍(回/分)    ●         |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 200                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  | Summary     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 150                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 100                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 50                   |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| SpO <sub>2</sub> (%) |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 呼吸数(回/分)             |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 輸 液                  |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  | ml    手術時間: |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 出 血                  |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  | g    麻酔時間:  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |

麻 醉 管 理 記 録 (例)

日本歯科麻酔学会

|                                                                                                                                                             |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |    |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|-------|--|--|--|----------------|--|--|--|----|--|--|--|-------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-----------------|--|--|--|
| No                                                                                                                                                          |  |  |  | 氏名                         |  |  |  | 症例No.50                    |  |  |  | 歳     |  |  |  | 既往歴・内服薬・検査所見など |  |  |  |    |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 処置日 20      —      —                                                                                                                                        |  |  |  | 身長                      cm |  |  |  | 体重                      kg |  |  |  | 男 ・ 女 |  |  |  |                |  |  |  |    |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | ASA : 1・2・3・4・E |  |  |  |
| 診断名                                                                                                                                                         |  |  |  |                            |  |  |  | 治療内容                       |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |    |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 時間                                                                                                                                                          |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |    |  |  |  | 予定時間:       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| O <sub>2</sub>                                                                                                                                              |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  | ℓ  |  |  |  | 術者          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                                                                                                                                                             |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |    |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                                                                                                                                                             |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |    |  |  |  | 助手          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                                                                                                                                                             |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |    |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                                                                                                                                                             |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |    |  |  |  | 全身管理<br>担当者 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| Symbols                                                                                                                                                     |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |    |  |  |  | Remarks     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 手術開始・終了 ◎<br>麻酔開始・終了 ×<br><br>200<br><br>手術開始・終了 ◎<br>麻酔開始・終了 ×<br><br>150<br><br>手術開始・終了 ◎<br>麻酔開始・終了 ×<br><br>100<br><br>手術開始・終了 ◎<br>麻酔開始・終了 ×<br><br>50 |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |    |  |  |  | Summary     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                                                                                                                                                             |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |    |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                                                                                                                                                             |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |    |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                                                                                                                                                             |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |    |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                                                                                                                                                             |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |    |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| SpO <sub>2</sub> (%)                                                                                                                                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |    |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 呼吸数(回/分)                                                                                                                                                    |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |    |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 輸 液                                                                                                                                                         |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  | ml |  |  |  | 手術時間:       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 出 血                                                                                                                                                         |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  | g  |  |  |  | 麻酔時間:       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |

麻 醉 管 理 記 録（例）

日本歯科麻酔学会

|                      |  |  |                            |  |  |                            |  |  |       |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |
|----------------------|--|--|----------------------------|--|--|----------------------------|--|--|-------|--|--|----------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-------------|--|-------|--|--|--|--|--|-----------------|--|--|
| No                   |  |  | 氏名                         |  |  | 症例No.51                    |  |  | 歳     |  |  | 既往歴・内服薬・検査所見など |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |
| 処置日 20    —    —     |  |  | 身長                      cm |  |  | 体重                      kg |  |  | 男 ・ 女 |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  | ASA : 1・2・3・4・E |  |  |
| 診断名                  |  |  |                            |  |  | 治療内容                       |  |  |       |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |
| 時間                   |  |  |                            |  |  |                            |  |  |       |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |  | 予定時間: |  |  |  |  |  |                 |  |  |
| O <sub>2</sub>       |  |  |                            |  |  |                            |  |  |       |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 術者          |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |
|                      |  |  |                            |  |  |                            |  |  |       |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |
|                      |  |  |                            |  |  |                            |  |  |       |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 助手          |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |
|                      |  |  |                            |  |  |                            |  |  |       |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |
|                      |  |  |                            |  |  |                            |  |  |       |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 全身管理<br>担当者 |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |
| Symbols              |  |  |                            |  |  |                            |  |  |       |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Remarks     |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |
| 手術開始・終了 ◎            |  |  |                            |  |  |                            |  |  |       |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |
| 麻酔開始・終了 ×            |  |  |                            |  |  |                            |  |  |       |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |
| 200                  |  |  |                            |  |  |                            |  |  |       |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |
| 150                  |  |  |                            |  |  |                            |  |  |       |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |
| 血圧(mmHg) ∨           |  |  |                            |  |  |                            |  |  |       |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Summary     |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |
| ∧                    |  |  |                            |  |  |                            |  |  |       |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |
| 脈拍(回/分) ●            |  |  |                            |  |  |                            |  |  |       |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |
| 100                  |  |  |                            |  |  |                            |  |  |       |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |
| 50                   |  |  |                            |  |  |                            |  |  |       |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |
| SpO <sub>2</sub> (%) |  |  |                            |  |  |                            |  |  |       |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |
| 呼吸数(回/分)             |  |  |                            |  |  |                            |  |  |       |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |
| 輸 液                  |  |  |                            |  |  |                            |  |  |       |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  | ml 手術時間:    |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |
| 出 血                  |  |  |                            |  |  |                            |  |  |       |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  | g 麻酔時間:     |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |

## 麻 醉 管 理 記 録 (例)

日本歯科麻酔学会

[illegible]

麻 醉 管 理 記 録 (例)

日本歯科麻酔学会

|                      |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|----------------------|--|-------------|--|----------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|-------|--|--|--|----------------|--|--|--|--|--|--|--|----------------|--|--|--|--|--|--|--|-----------------|--|--|--|
| No                   |  |             |  | 氏名                         |  |  |  | 症例No.53                    |  |  |  | 歳     |  |  |  | 既往歴・内服薬・検査所見など |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 処置日 20    —    —     |  |             |  | 身長                      cm |  |  |  | 体重                      kg |  |  |  | 男 ・ 女 |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | ASA : 1・2・3・4・E |  |  |  |
| 診断名                  |  |             |  |                            |  |  |  | 治療内容                       |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 時間                   |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 予定時間:          |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| O <sub>2</sub>       |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 術者             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 助手             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 全身管理<br>担当者    |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| Symbols              |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | Remarks        |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 手術開始・終了 ◎            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 麻酔開始・終了 ×            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 200                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 150                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 血圧(mmHg) ∨           |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | Summary        |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| ∧                    |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 脈拍(回/分) ●            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 100                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 50                   |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| SpO <sub>2</sub> (%) |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 手術時間:<br>麻酔時間: |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 呼吸数(回/分)             |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 輸 液                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 出 血                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |

麻 醉 管 理 記 録 (例)

日本歯科麻酔学会

|                      |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |             |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|----------------------|--|-------------|--|----------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|-------|--|--|--|----------------|--|--|--|--|--|--|--|-------|--|-------------|--|--|--|--|--|-----------------|--|--|--|
| No                   |  |             |  | 氏名                         |  |  |  | 症例No.54                    |  |  |  | 歳     |  |  |  | 既往歴・内服薬・検査所見など |  |  |  |  |  |  |  |       |  |             |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 処置日 20    —    —     |  |             |  | 身長                      cm |  |  |  | 体重                      kg |  |  |  | 男 ・ 女 |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |             |  |  |  |  |  | ASA : 1・2・3・4・E |  |  |  |
| 診断名                  |  |             |  |                            |  |  |  | 治療内容                       |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |             |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 時間                   |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 予定時間: |  |             |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| O <sub>2</sub>       |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | ℓ     |  | 術者          |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  | 助手          |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |             |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  | 全身管理<br>担当者 |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |             |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| Symbols              |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  | Remarks     |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 手術開始・終了 ◎            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |             |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 麻酔開始・終了 ×            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |             |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 200                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |             |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 150                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |             |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 血压(mmHg) ∨           |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |             |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| ∧                    |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |             |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 脈拍(回/分) ●            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |             |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 100                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |             |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 50                   |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |             |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| SpO <sub>2</sub> (%) |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  | Summary     |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 呼吸数(回/分)             |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |             |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 輸 液                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |             |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 出 血                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |             |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |             |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | ml    |  | 手術時間:       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | g     |  | 麻酔時間:       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |

麻 醉 管 理 記 録 (例)

日本歯科麻酔学会

|                      |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|----------------------|--|-------------|--|----------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|-------|--|--|--|----------------|--|--|--|--|--|--|--|----------------|--|--|--|--|--|--|--|-----------------|--|--|--|
| No                   |  |             |  | 氏名                         |  |  |  | 症例No.55                    |  |  |  | 歳     |  |  |  | 既往歴・内服薬・検査所見など |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 処置日 20    —    —     |  |             |  | 身長                      cm |  |  |  | 体重                      kg |  |  |  | 男 ・ 女 |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | ASA : 1・2・3・4・E |  |  |  |
| 診断名                  |  |             |  |                            |  |  |  | 治療内容                       |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 時間                   |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 予定時間:          |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| O <sub>2</sub>       |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 術者             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 助手             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 全身管理<br>担当者    |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| Symbols              |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | Remarks        |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 手術開始・終了 ◎            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 麻酔開始・終了 ×            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 200                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 150                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 血圧(mmHg) ∨           |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | Summary        |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| ∧                    |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 脈拍(回/分) ●            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 100                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 50                   |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| SpO <sub>2</sub> (%) |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 手術時間:<br>麻酔時間: |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 呼吸数(回/分)             |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 輸 液                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 出 血                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |

麻 醉 管 理 記 録 (例)

日本歯科麻酔学会

|                      |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|----------------------|--|-------------|--|----------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|-------|--|--|--|----------------|--|--|--|--|--|--|--|-------------|--|--|--|--|--|--|--|-----------------|--|--|--|
| No                   |  |             |  | 氏名                         |  |  |  | 症例No.56                    |  |  |  | 歳     |  |  |  | 既往歴・内服薬・検査所見など |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 処置日 20    —    —     |  |             |  | 身長                      cm |  |  |  | 体重                      kg |  |  |  | 男 ・ 女 |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  | ASA : 1・2・3・4・E |  |  |  |
| 診断名                  |  |             |  |                            |  |  |  | 治療内容                       |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 時間                   |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 予定時間:       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| O <sub>2</sub>       |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 術者          |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 助手          |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 全身管理<br>担当者 |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| Symbols              |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | Remarks     |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 手術開始・終了 ◎            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 麻酔開始・終了 ×            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 200                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 150                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 血圧(mmHg) ∨           |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | Summary     |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| ∧                    |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 脈拍(回/分) ●            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 100                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 50                   |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| SpO <sub>2</sub> (%) |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 呼吸数(回/分)             |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 輸 液                  |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | ml 手術時間:    |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 出 血                  |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | g 麻酔時間:     |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |



麻 醉 管 理 記 録 (例)

日本歯科麻酔学会

|                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|-------|--|--|--|----------------|--|--|--|-------------|--|--|--|------------|--|--|--|--|--|--|--|-----------------|--|--|--|
| No                     |  |  |  | 氏名                         |  |  |  | 症例No.57                    |  |  |  | 歳     |  |  |  | 既往歴・内服薬・検査所見など |  |  |  |             |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 処置日 20    —    —       |  |  |  | 身長                      cm |  |  |  | 体重                      kg |  |  |  | 男 ・ 女 |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  | ASA : 1・2・3・4・E |  |  |  |
| 診断名                    |  |  |  |                            |  |  |  | 治療内容                       |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 時間                     |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  | 予定時間:      |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| O <sub>2</sub>         |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  | 術者          |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  | 助手          |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  | 全身管理<br>担当者 |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| Symbols                |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  | Remarks     |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 手術開始・終了 ◎<br>麻酔開始・終了 × |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 200                    |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  | Summary     |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 150                    |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 100                    |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 50                     |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| SpO <sub>2</sub> (%)   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  | 手術時間:<br>ml |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 呼吸数(回/分)               |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  | 麻酔時間:<br>g |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 輸 液                    |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 出 血                    |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |

麻 醉 管 理 記 録 (例)

日本歯科麻酔学会

|                      |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|----------------------|--|-------------|--|----------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|-------|--|--|--|----------------|--|--|--|--|--|--|--|-------------|--|-------|--|--|--|--|--|-----------------|--|--|--|
| No                   |  |             |  | 氏名                         |  |  |  | 症例No.58                    |  |  |  | 歳     |  |  |  | 既往歴・内服薬・検査所見など |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 処置日 20    —    —     |  |             |  | 身長                      cm |  |  |  | 体重                      kg |  |  |  | 男 ・ 女 |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  | ASA : 1・2・3・4・E |  |  |  |
| 診断名                  |  |             |  |                            |  |  |  | 治療内容                       |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 時間                   |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 予定時間:       |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| O <sub>2</sub>       |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 術者          |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 助手          |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 全身管理<br>担当者 |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| Symbols              |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | Remarks     |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 手術開始・終了 ◎            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 麻酔開始・終了 ×            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 200                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 150                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 血圧(mmHg) ∨           |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | Summary     |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| ∧                    |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 脈拍(回/分) ●            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 100                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 50                   |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| SpO <sub>2</sub> (%) |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 手術時間:       |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 呼吸数(回/分)             |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  | 麻酔時間: |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 輸 液                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 出 血                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | ml          |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | g           |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |

麻 醉 管 理 記 録 (例)

日本歯科麻酔学会

|                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|-------|--|--|--|----------------|--|--|--|-------------|--|--|--|------------|--|--|--|--|--|--|--|-----------------|--|--|--|
| No                     |  |  |  | 氏名                         |  |  |  | 症例No.59                    |  |  |  | 歳     |  |  |  | 既往歴・内服薬・検査所見など |  |  |  |             |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 処置日 20    —    —       |  |  |  | 身長                      cm |  |  |  | 体重                      kg |  |  |  | 男 ・ 女 |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  | ASA : 1・2・3・4・E |  |  |  |
| 診断名                    |  |  |  |                            |  |  |  | 治療内容                       |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 時間                     |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  | 予定時間:      |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| O <sub>2</sub>         |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  | 術者          |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  | 助手          |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  | 全身管理<br>担当者 |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| Symbols                |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  | Remarks     |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 手術開始・終了 ◎<br>麻酔開始・終了 × |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 200                    |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  | Summary     |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 150                    |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 100                    |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 50                     |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| SpO <sub>2</sub> (%)   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  | 手術時間:<br>ml |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 呼吸数(回/分)               |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  | 麻酔時間:<br>g |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 輸 液                    |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 出 血                    |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |

麻 醉 管 理 記 録（例）

日本歯科麻酔学会

|                      |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |    |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|----------------------|--|-------------|--|----------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|-------|--|--|--|----------------|--|--|--|--|--|----|--|----------------|--|--|--|--|--|--|--|-----------------|--|--|--|
| No                   |  |             |  | 氏名                         |  |  |  | 症例No.60                    |  |  |  | 歳     |  |  |  | 既往歴・内服薬・検査所見など |  |  |  |  |  |    |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 処置日 20    —    —     |  |             |  | 身長                      cm |  |  |  | 体重                      kg |  |  |  | 男 ・ 女 |  |  |  |                |  |  |  |  |  |    |  |                |  |  |  |  |  |  |  | ASA : 1・2・3・4・E |  |  |  |
| 診断名                  |  |             |  |                            |  |  |  | 治療内容                       |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |    |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 時間                   |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |    |  | 予定時間:          |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| O <sub>2</sub>       |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  | ℓ  |  | 術者             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |    |  | 助手             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |    |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |    |  | 全身管理<br>担当者    |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |    |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| Symbols              |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |    |  | Remarks        |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 手術開始・終了 ◎            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |    |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 麻酔開始・終了 ×            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |    |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 200                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |    |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 150                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |    |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 血圧(mmHg) ∨           |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |    |  | Summary        |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| ∧                    |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |    |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 脈拍(回/分) ●            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |    |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 100                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |    |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 50                   |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |    |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| SpO <sub>2</sub> (%) |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |    |  | 手術時間:<br>麻酔時間: |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 呼吸数(回/分)             |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |    |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 輸 液                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  | ml |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 出 血                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  | g  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |

麻 醉 管 理 記 録 (例)

日本歯科麻酔学会

|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |    |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|----------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|-------|--|--|--|----------------|--|--|--|----|--|--|--|-------------|--|--|--|--|--|--|--|-----------------|--|--|--|
| No                   |  |  |  | 氏名                         |  |  |  | 症例No.61                    |  |  |  | 歳     |  |  |  | 既往歴・内服薬・検査所見など |  |  |  |    |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 処置日 20    —    —     |  |  |  | 身長                      cm |  |  |  | 体重                      kg |  |  |  | 男 ・ 女 |  |  |  |                |  |  |  |    |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  | ASA : 1・2・3・4・E |  |  |  |
| 診断名                  |  |  |  |                            |  |  |  | 治療内容                       |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |    |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 時間                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |    |  |  |  | 予定時間:       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| O <sub>2</sub>       |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  | ℓ  |  |  |  | 術者          |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |    |  |  |  | 助手          |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |    |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |    |  |  |  | 全身管理<br>担当者 |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |    |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| Symbols              |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |    |  |  |  | Remarks     |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |    |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 200                  |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |    |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 手術開始・終了 ◎            |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |    |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 麻酔開始・終了 ×            |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |    |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |    |  |  |  | Summary     |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 150                  |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |    |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 血圧(mmHg) ∨           |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |    |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| ∧                    |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |    |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 脈拍(回/分) ●            |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |    |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 100                  |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |    |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |    |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 50                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |    |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |    |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| SpO <sub>2</sub> (%) |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |    |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 呼吸数(回/分)             |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |    |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 輸 液                  |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  | ml |  |  |  | 手術時間:       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 出 血                  |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  | g  |  |  |  | 麻酔時間:       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |

麻 醉 管 理 記 録 (例)

日本歯科麻酔学会

|                      |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|----------------------|--|-------------|--|----------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|-------|--|--|--|----------------|--|--|--|--|--|--|--|-------------|--|-------|--|--|--|--|--|-----------------|--|--|--|
| No                   |  |             |  | 氏名                         |  |  |  | 症例No.62                    |  |  |  | 歳     |  |  |  | 既往歴・内服薬・検査所見など |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 処置日 20    —    —     |  |             |  | 身長                      cm |  |  |  | 体重                      kg |  |  |  | 男 ・ 女 |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  | ASA : 1・2・3・4・E |  |  |  |
| 診断名                  |  |             |  |                            |  |  |  | 治療内容                       |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 時間                   |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 予定時間:       |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| O <sub>2</sub>       |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 術者          |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 助手          |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 全身管理<br>担当者 |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| Symbols              |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | Remarks     |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 手術開始・終了 ◎            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 麻酔開始・終了 ×            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 200                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 150                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 血圧(mmHg) ∨           |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | Summary     |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| ∧                    |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 脈拍(回/分) ●            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 100                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 50                   |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| SpO <sub>2</sub> (%) |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 手術時間:       |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 呼吸数(回/分)             |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  | 麻酔時間: |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 輸 液                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 出 血                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | ml          |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | g           |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |

麻 醉 管 理 記 録 (例)

日本歯科麻酔学会

|                      |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|----------------------|--|-------------|--|----------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|-------|--|--|--|----------------|--|--|--|--|--|--|--|-------------|--|-------|--|--|--|--|--|-----------------|--|--|--|
| No                   |  |             |  | 氏名                         |  |  |  | 症例No.63                    |  |  |  | 歳     |  |  |  | 既往歴・内服薬・検査所見など |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 処置日 20    —    —     |  |             |  | 身長                      cm |  |  |  | 体重                      kg |  |  |  | 男 ・ 女 |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  | ASA : 1・2・3・4・E |  |  |  |
| 診断名                  |  |             |  |                            |  |  |  | 治療内容                       |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 時間                   |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 予定時間:       |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| O <sub>2</sub>       |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 術者          |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 助手          |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 全身管理<br>担当者 |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| Symbols              |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | Remarks     |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 手術開始・終了 ◎            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 麻酔開始・終了 ×            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 200                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 150                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 血圧(mmHg) ∨           |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | Summary     |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| ∧                    |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 脈拍(回/分) ●            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 100                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 50                   |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| SpO <sub>2</sub> (%) |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 手術時間:       |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 呼吸数(回/分)             |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  | 麻酔時間: |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 輸 液                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 出 血                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | ml          |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | g           |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |

麻 醉 管 理 記 録 (例)

日本歯科麻酔学会

|                      |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|----------------------|--|-------------|--|----------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|-------|--|--|--|----------------|--|--|--|--|--|--|--|-------------|--|--|--|--|--|--|--|-----------------|--|--|--|
| No                   |  |             |  | 氏名                         |  |  |  | 症例No.64                    |  |  |  | 歳     |  |  |  | 既往歴・内服薬・検査所見など |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 処置日 20    —    —     |  |             |  | 身長                      cm |  |  |  | 体重                      kg |  |  |  | 男 ・ 女 |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  | ASA : 1・2・3・4・E |  |  |  |
| 診断名                  |  |             |  |                            |  |  |  | 治療内容                       |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 時間                   |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 予定時間:       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| O <sub>2</sub>       |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 術者          |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 助手          |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 全身管理<br>担当者 |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| Symbols              |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | Remarks     |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 手術開始・終了 ◎            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 麻酔開始・終了 ×            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 200                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 150                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 血圧(mmHg) ∨           |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | Summary     |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| ∧                    |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 脈拍(回/分) ●            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 100                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 50                   |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| SpO <sub>2</sub> (%) |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 呼吸数(回/分)             |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 輸 液                  |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | ml 手術時間:    |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 出 血                  |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | g 麻酔時間:     |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |



麻 醉 管 理 記 録 (例)

日本歯科麻酔学会

|                      |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|----------------------|--|-------------|--|----------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|-------|--|--|--|----------------|--|--|--|--|--|--|--|-------------|--|--|--|--|--|--|--|-----------------|--|--|--|
| No                   |  |             |  | 氏名                         |  |  |  | 症例No.65                    |  |  |  | 歳     |  |  |  | 既往歴・内服薬・検査所見など |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 処置日 20    —    —     |  |             |  | 身長                      cm |  |  |  | 体重                      kg |  |  |  | 男 ・ 女 |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  | ASA : 1・2・3・4・E |  |  |  |
| 診断名                  |  |             |  |                            |  |  |  | 治療内容                       |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 時間                   |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 予定時間:       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| O <sub>2</sub>       |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 術者          |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 助手          |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 全身管理<br>担当者 |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| Symbols              |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | Remarks     |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 手術開始・終了 ◎            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 麻酔開始・終了 ×            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 200                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 150                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 血圧(mmHg) ∨           |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | Summary     |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| ∧                    |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 脈拍(回/分) ●            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 100                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 50                   |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| SpO <sub>2</sub> (%) |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 呼吸数(回/分)             |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 輸 液                  |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | ml 手術時間:    |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 出 血                  |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | g 麻酔時間:     |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |

麻 醉 管 理 記 録 (例)

日本歯科麻酔学会

|                      |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|----------------------|--|-------------|--|----------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|-------|--|--|--|----------------|--|--|--|--|--|--|--|-------------|--|--|--|--|--|--|--|-----------------|--|--|--|
| No                   |  |             |  | 氏名                         |  |  |  | 症例No.66                    |  |  |  | 歳     |  |  |  | 既往歴・内服薬・検査所見など |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 処置日 20    —    —     |  |             |  | 身長                      cm |  |  |  | 体重                      kg |  |  |  | 男 ・ 女 |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  | ASA : 1・2・3・4・E |  |  |  |
| 診断名                  |  |             |  |                            |  |  |  | 治療内容                       |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 時間                   |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 予定時間:       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| O <sub>2</sub>       |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 術者          |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 助手          |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 全身管理<br>担当者 |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| Symbols              |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | Remarks     |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 手術開始・終了 ◎            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 麻酔開始・終了 ×            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 200                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 150                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 血圧(mmHg) ∨           |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | Summary     |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| ∧                    |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 脈拍(回/分) ●            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 100                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 50                   |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| SpO <sub>2</sub> (%) |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 呼吸数(回/分)             |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 輸 液                  |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | ml 手術時間:    |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 出 血                  |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | g 麻酔時間:     |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |

## 麻 醉 管 理 記 録 (例)

日本歯科麻醉学会

|                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|-------|--|--|--|-----------------|--|--|--|--|--|--|--|--------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| No                                                                                                |  |  |  | 氏名                         |  |  |  | 症例No.67                    |  |  |  | 歳     |  |  |  | 既往歴・内服薬・検査所見など  |  |  |  |  |  |  |  |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 処置日 20      —      —                                                                              |  |  |  | 身長                      cm |  |  |  | 体重                      kg |  |  |  | 男 ・ 女 |  |  |  | ASA : 1・2・3・4・E |  |  |  |  |  |  |  |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 診断名                                                                                               |  |  |  |                            |  |  |  | 治療内容                       |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 時間                                                                                                |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  | 予定時間:              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| O <sub>2</sub>                                                                                    |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  | 術者                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  | 助手                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  | 全身管理<br>担当者        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Symbols                                                                                           |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  | Remarks            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 手術開始・終了 ◎<br>麻酔開始・終了 ×<br><br>200<br><br>150<br>血圧(mmHg) ∨<br>^<br>脈拍(回/分) ●<br><br>100<br><br>50 |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  | Summary            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| SpO <sub>2</sub> (%)                                                                              |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  | 手術時間:<br><br>麻酔時間: |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 呼吸数(回/分)                                                                                          |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 輸 液                                                                                               |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 出 血                                                                                               |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  | ml                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  | g                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

麻 醉 管 理 記 録 (例)

日本歯科麻酔学会

|                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|-----|--|--|--|-----------------|--|--|--|--|--|--|--|----------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| No                                                                                                |  |  |  | 氏名                         |  |  |  | 症例No.68                    |  |  |  | 歳   |  |  |  | 既往歴・内服薬・検査所見など  |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 処置日 20      —      —                                                                              |  |  |  | 身長                      cm |  |  |  | 体重                      kg |  |  |  | 男・女 |  |  |  | ASA : 1・2・3・4・E |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 診断名                                                                                               |  |  |  |                            |  |  |  | 治療内容                       |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 時間                                                                                                |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  | 予定時間:          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| O <sub>2</sub>                                                                                    |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  | 術者             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  | 助手             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  | 全身管理<br>担当者    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Symbols                                                                                           |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  | Remarks        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 手術開始・終了 ◎<br>麻酔開始・終了 ×<br><br>200<br><br>150<br>血压(mmHg) ∨<br>^<br>脈拍(回/分) ●<br><br>100<br><br>50 |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  | Summary        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| SpO <sub>2</sub> (%)                                                                              |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  | 手術時間:<br>麻酔時間: |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 呼吸数(回/分)                                                                                          |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 輸 液                                                                                               |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  | ml             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 出 血                                                                                               |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  | g              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

麻 醉 管 理 記 録 (例)

日本歯科麻酔学会

|                        |  |             |                            |  |  |                            |  |  |       |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |                 |  |  |
|------------------------|--|-------------|----------------------------|--|--|----------------------------|--|--|-------|--|--|----------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-------------|--|--|--|--|--|-----------------|--|--|
| No                     |  |             | 氏名                         |  |  | 症例No.69                    |  |  | 歳     |  |  | 既往歴・内服薬・検査所見など |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |                 |  |  |
| 処置日 20    —    —       |  |             | 身長                      cm |  |  | 体重                      kg |  |  | 男 ・ 女 |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  | ASA : 1・2・3・4・E |  |  |
| 診断名                    |  |             |                            |  |  | 治療内容                       |  |  |       |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |                 |  |  |
| 時間                     |  |             |                            |  |  |                            |  |  |       |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 予定時間:       |  |  |  |  |  |                 |  |  |
| O <sub>2</sub>         |  | <div></div> |                            |  |  |                            |  |  |       |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 術者          |  |  |  |  |  |                 |  |  |
|                        |  | <div></div> |                            |  |  |                            |  |  |       |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 助手          |  |  |  |  |  |                 |  |  |
|                        |  | <div></div> |                            |  |  |                            |  |  |       |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 全身管理<br>担当者 |  |  |  |  |  |                 |  |  |
| Symbols                |  |             |                            |  |  |                            |  |  |       |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Remarks     |  |  |  |  |  |                 |  |  |
| 手術開始・終了 ◎<br>麻酔開始・終了 × |  | <div></div> |                            |  |  |                            |  |  |       |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |                 |  |  |
| 200                    |  | <div></div> |                            |  |  |                            |  |  |       |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |                 |  |  |
| 150                    |  | <div></div> |                            |  |  |                            |  |  |       |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |                 |  |  |
| 100                    |  | <div></div> |                            |  |  |                            |  |  |       |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |                 |  |  |
| 50                     |  | <div></div> |                            |  |  |                            |  |  |       |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |                 |  |  |
| SpO <sub>2</sub> (%)   |  |             |                            |  |  |                            |  |  |       |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Summary     |  |  |  |  |  |                 |  |  |
| 呼吸数(回/分)               |  | <div></div> |                            |  |  |                            |  |  |       |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |                 |  |  |
| 輸 液                    |  |             |                            |  |  |                            |  |  |       |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |                 |  |  |
| 出 血                    |  |             |                            |  |  |                            |  |  |       |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |                 |  |  |
|                        |  |             |                            |  |  |                            |  |  |       |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |                 |  |  |
|                        |  |             |                            |  |  |                            |  |  |       |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 手術時間:       |  |  |  |  |  |                 |  |  |
|                        |  |             |                            |  |  |                            |  |  |       |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 麻酔時間:       |  |  |  |  |  |                 |  |  |

麻 醉 管 理 記 録（例）

日本歯科麻酔学会

|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
|----------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|-----|--|--|--|----------------|--|--|--|--|--|--|--|-------------|--|-------|--|--|--|--|--|---------------|--|--|--|
| No                   |  |  |  | 氏名                         |  |  |  | 症例No.70                    |  |  |  | 歳   |  |  |  | 既往歴・内服薬・検査所見など |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
| 処置日 20    —    —     |  |  |  | 身長                      cm |  |  |  | 体重                      kg |  |  |  | 男・女 |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  | ASA：1・2・3・4・E |  |  |  |
| 診断名                  |  |  |  |                            |  |  |  | 治療内容                       |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
| 時間                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 予定時間：       |  |       |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
| O <sub>2</sub>       |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 術者          |  |       |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 助手          |  |       |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 全身管理<br>担当者 |  |       |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
| Symbols              |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | Remarks     |  |       |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
| 手術開始・終了 ◎            |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
| 麻酔開始・終了 ×            |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
| 200                  |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
| 150                  |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
| 血圧(mmHg) ∨           |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | Summary     |  |       |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
| 脈拍(回/分) ●            |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
| 100                  |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
| 50                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
| SpO <sub>2</sub> (%) |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 手術時間：       |  |       |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
| 呼吸数(回/分)             |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  | 麻酔時間： |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
| 輸 液                  |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
| 出 血                  |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | ml          |  |       |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | g           |  |       |  |  |  |  |  |               |  |  |  |

麻 醉 管 理 記 録 (例)

日本歯科麻酔学会

|                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|-----|--|--|--|-----------------|--|--|--|--|--|--|--|----------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| No                                                                                                |  |  |  | 氏名                         |  |  |  | 症例No.71                    |  |  |  | 歳   |  |  |  | 既往歴・内服薬・検査所見など  |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 処置日 20      —      —                                                                              |  |  |  | 身長                      cm |  |  |  | 体重                      kg |  |  |  | 男・女 |  |  |  | ASA : 1・2・3・4・E |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 診断名                                                                                               |  |  |  |                            |  |  |  | 治療内容                       |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 時間                                                                                                |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  | 予定時間:          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| O <sub>2</sub>                                                                                    |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  | 術者             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  | 助手             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  | 全身管理<br>担当者    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Symbols                                                                                           |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  | Remarks        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 手術開始・終了 ◎<br>麻酔開始・終了 ×<br><br>200<br><br>150<br>血压(mmHg) ∨<br>^<br>脈拍(回/分) ●<br><br>100<br><br>50 |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  | Summary        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| SpO <sub>2</sub> (%)                                                                              |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  | 手術時間:<br>麻酔時間: |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 呼吸数(回/分)                                                                                          |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 輸 液                                                                                               |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  | ml             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 出 血                                                                                               |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  | g              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

## 麻 醉 管 理 記 録 (例)

日本歯科麻酔学会

|                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|-------|--|--|--|-----------------|--|--|--|--|--|--|--|-------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| No                                                                                                |  |  |  | 氏名                         |  |  |  | 症例No.72                    |  |  |  | 歳     |  |  |  | 既往歴・内服薬・検査所見など  |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 処置日 20      —      —                                                                              |  |  |  | 身長                      cm |  |  |  | 体重                      kg |  |  |  | 男 ・ 女 |  |  |  | ASA : 1・2・3・4・E |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 診断名                                                                                               |  |  |  |                            |  |  |  | 治療内容                       |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 時間                                                                                                |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  | 予定時間:       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| O <sub>2</sub>                                                                                    |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  | 術者          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  | 助手          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  | 全身管理<br>担当者 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Symbols                                                                                           |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  | Remarks     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 手術開始・終了 ◎<br>麻酔開始・終了 ×<br><br>200<br><br>150<br>血圧(mmHg) ∨<br>^<br>脈拍(回/分) ●<br><br>100<br><br>50 |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| SpO <sub>2</sub> (%)                                                                              |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  | Summary     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 呼吸数(回/分)                                                                                          |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 輸 液                                                                                               |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 出 血                                                                                               |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  | ml 手術時間:    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  | g 麻酔時間:     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |



麻 醉 管 理 記 録 (例)

日本歯科麻酔学会

|                      |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |         |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|----------------------|--|-------------|--|----------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|-------|--|--|--|----------------|--|--|--|--|--|---------|--|-------------|--|--|--|--|--|--|--|-----------------|--|--|--|
| No                   |  |             |  | 氏名                         |  |  |  | 症例No.73                    |  |  |  | 歳     |  |  |  | 既往歴・内服薬・検査所見など |  |  |  |  |  |         |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 処置日 20    —    —     |  |             |  | 身長                      cm |  |  |  | 体重                      kg |  |  |  | 男 ・ 女 |  |  |  |                |  |  |  |  |  |         |  |             |  |  |  |  |  |  |  | ASA : 1・2・3・4・E |  |  |  |
| 診断名                  |  |             |  |                            |  |  |  | 治療内容                       |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |         |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 時間                   |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |         |  | 予定時間:       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| O <sub>2</sub>       |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  | ℓ       |  | 術者          |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |         |  | 助手          |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |         |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |         |  | 全身管理<br>担当者 |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |         |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| Symbols              |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  | Remarks |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |         |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 200                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |         |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 手術開始・終了 ◎            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |         |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 麻酔開始・終了 ×            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |         |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |         |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 150                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |         |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 血圧(mmHg) ∨           |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |         |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| ∧                    |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |         |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 脈拍(回/分) ●            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |         |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 100                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  | Summary |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |         |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |         |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |         |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |         |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |         |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |         |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |         |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |         |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |         |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| SpO <sub>2</sub> (%) |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  | ml      |  | 手術時間:       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 呼吸数(回/分)             |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |         |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 輸 液                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |         |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 出 血                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  | g       |  | 麻酔時間:       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |

麻 醉 管 理 記 録 (例)

日本歯科麻酔学会

|                      |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|----------------------|--|-------------|--|----------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|-------|--|--|--|----------------|--|--|--|--|--|--|--|-------------|--|--|--|--|--|--|--|-----------------|--|--|--|
| No                   |  |             |  | 氏名                         |  |  |  | 症例No.74                    |  |  |  | 歳     |  |  |  | 既往歴・内服薬・検査所見など |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 処置日 20    —    —     |  |             |  | 身長                      cm |  |  |  | 体重                      kg |  |  |  | 男 ・ 女 |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  | ASA : 1・2・3・4・E |  |  |  |
| 診断名                  |  |             |  |                            |  |  |  | 治療内容                       |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 時間                   |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 予定時間:       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| O <sub>2</sub>       |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 術者          |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 助手          |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 全身管理<br>担当者 |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| Symbols              |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | Remarks     |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 手術開始・終了 ◎            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 麻酔開始・終了 ×            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 200                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 150                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 血圧(mmHg) ∨           |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | Summary     |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| ∧                    |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 脈拍(回/分) ●            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 100                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 50                   |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| SpO <sub>2</sub> (%) |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 呼吸数(回/分)             |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 輸 液                  |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | ml 手術時間:    |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 出 血                  |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | g 麻酔時間:     |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |

麻 醉 管 理 記 録 (例)

日本歯科麻酔学会

|                      |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|----------------------|--|-------------|--|----------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|-------|--|--|--|----------------|--|--|--|-------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-----------------|--|--|--|
| No                   |  |             |  | 氏名                         |  |  |  | 症例No.75                    |  |  |  | 歳     |  |  |  | 既往歴・内服薬・検査所見など |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 処置日 20    —    —     |  |             |  | 身長                      cm |  |  |  | 体重                      kg |  |  |  | 男 ・ 女 |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | ASA : 1・2・3・4・E |  |  |  |
| 診断名                  |  |             |  |                            |  |  |  | 治療内容                       |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 時間                   |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  | 予定時間:       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| O <sub>2</sub>       |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  | 術者          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  | 助手          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  | 全身管理<br>担当者 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| Symbols              |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  | Remarks     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 手術開始・終了 ◎            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 麻酔開始・終了 ×            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 200                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 150                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 血圧(mmHg) ∨           |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  | Summary     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| ∧                    |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 脈拍(回/分) ●            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 100                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 50                   |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| SpO <sub>2</sub> (%) |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 呼吸数(回/分)             |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 輸 液                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  | ml 手術時間:    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 出 血                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  | g 麻酔時間:     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |

麻 醉 管 理 記 録 (例)

日本歯科麻酔学会

|                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|-----|--|--|--|-----------------|--|--|--|-------------|--|--|--|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| No                     |  |  |  | 氏名                         |  |  |  | 症例No.76                    |  |  |  | 歳   |  |  |  | 既往歴・内服薬・検査所見など  |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 処置日 20      —      —   |  |  |  | 身長                      cm |  |  |  | 体重                      kg |  |  |  | 男・女 |  |  |  | ASA : 1・2・3・4・E |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 診断名                    |  |  |  |                            |  |  |  | 治療内容                       |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 時間                     |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |             |  |  |  | 予定時間: |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| O <sub>2</sub>         |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  | 術者          |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  | 助手          |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  | 全身管理<br>担当者 |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Symbols                |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  | Remarks     |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 手術開始・終了 ◎<br>麻酔開始・終了 × |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 200                    |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 150                    |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 100                    |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 50                     |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  | Summary     |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| SpO <sub>2</sub> (%)   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 呼吸数(回/分)               |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 輸 液                    |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 出 血                    |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  | ml 手術時間:    |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  | g 麻酔時間:     |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

麻 醉 管 理 記 録 (例)

日本歯科麻酔学会

|                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|-------|--|--|--|----------------|--|--|--|-------------|--|--|--|-------|--|--|--|--|--|--|--|-----------------|--|--|--|
| No                     |  |  |  | 氏名                         |  |  |  | 症例No.77                    |  |  |  | 歳     |  |  |  | 既往歴・内服薬・検査所見など |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 処置日 20    —    —       |  |  |  | 身長                      cm |  |  |  | 体重                      kg |  |  |  | 男 ・ 女 |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  | ASA : 1・2・3・4・E |  |  |  |
| 診断名                    |  |  |  |                            |  |  |  | 治療内容                       |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 時間                     |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  | 予定時間: |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| O <sub>2</sub>         |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  | 術者          |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  | 助手          |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  | 全身管理<br>担当者 |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| Symbols                |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  | Remarks     |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 手術開始・終了 ◎<br>麻酔開始・終了 × |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 200                    |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  | Summary     |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 150                    |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 血圧(mmHg)    ∨<br>∧     |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 脈拍(回/分)    ●           |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 100                    |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 50                     |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| SpO <sub>2</sub> (%)   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 呼吸数(回/分)               |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 輸 液                    |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  | ml    手術時間: |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 出 血                    |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  | g    麻酔時間:  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |

麻 醉 管 理 記 録 (例)

日本歯科麻酔学会

|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|----------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|-----|--|--|--|-----------------|--|--|--|-------------|--|--|--|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| No                   |  |  |  | 氏名                         |  |  |  | 症例No.78                    |  |  |  | 歳   |  |  |  | 既往歴・内服薬・検査所見など  |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 処置日 20      —      — |  |  |  | 身長                      cm |  |  |  | 体重                      kg |  |  |  | 男・女 |  |  |  | ASA : 1・2・3・4・E |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 診断名                  |  |  |  |                            |  |  |  | 治療内容                       |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 時間                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  | 予定時間:       |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| O <sub>2</sub>       |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  | 術者          |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  | 助手          |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  | 全身管理<br>担当者 |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Symbols              |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  | Remarks     |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 手術開始・終了 ◎            |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 麻酔開始・終了 ×            |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 200                  |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 150                  |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  | Summary     |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 血压(mmHg) ∨           |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ∧                    |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 脈拍(回/分) ●            |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 100                  |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 50                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| SpO <sub>2</sub> (%) |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 呼吸数(回/分)             |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 輸 液                  |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  | ml          |  |  |  | 手術時間: |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 出 血                  |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  | g           |  |  |  | 麻酔時間: |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

麻 醉 管 理 記 録（例）

日本歯科麻酔学会

|                      |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|----------------------|--|-------------|--|----------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|-------|--|--|--|----------------|--|--|--|--|--|--|--|-------------|--|--|--|--|--|--|--|-----------------|--|--|--|
| No                   |  |             |  | 氏名                         |  |  |  | 症例No.79                    |  |  |  | 歳     |  |  |  | 既往歴・内服薬・検査所見など |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 処置日 20    —    —     |  |             |  | 身長                      cm |  |  |  | 体重                      kg |  |  |  | 男 ・ 女 |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  | ASA : 1・2・3・4・E |  |  |  |
| 診断名                  |  |             |  |                            |  |  |  | 治療内容                       |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 時間                   |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 予定時間:       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| O <sub>2</sub>       |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 術者          |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 助手          |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 全身管理<br>担当者 |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| Symbols              |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | Remarks     |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 手術開始・終了 ◎            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 麻酔開始・終了 ×            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 200                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 150                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 血圧(mmHg) ∨           |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | Summary     |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| ∧                    |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 脈拍(回/分) ●            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 100                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 50                   |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| SpO <sub>2</sub> (%) |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 呼吸数(回/分)             |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 輸 液                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | ml 手術時間:    |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 出 血                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | g 麻酔時間:     |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |

麻 醉 管 理 記 録 (例)

日本歯科麻酔学会

|                      |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|----------------------|--|-------------|--|----------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|-------|--|--|--|----------------|--|--|--|-------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-----------------|--|--|--|
| No                   |  |             |  | 氏名                         |  |  |  | 症例No.80                    |  |  |  | 歳     |  |  |  | 既往歴・内服薬・検査所見など |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 処置日 20    —    —     |  |             |  | 身長                      cm |  |  |  | 体重                      kg |  |  |  | 男 ・ 女 |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | ASA : 1・2・3・4・E |  |  |  |
| 診断名                  |  |             |  |                            |  |  |  | 治療内容                       |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 時間                   |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  | 予定時間:       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| O <sub>2</sub>       |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  | 術者          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  | 助手          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  | 全身管理<br>担当者 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| Symbols              |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  | Remarks     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 手術開始・終了 ◎            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 麻酔開始・終了 ×            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 200                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 150                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 血圧(mmHg) ∨           |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  | Summary     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| ∧                    |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 脈拍(回/分) ●            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 100                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 50                   |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| SpO <sub>2</sub> (%) |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 呼吸数(回/分)             |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 輸 液                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  | ml 手術時間:    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 出 血                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  | g 麻酔時間:     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |



## 麻 醉 管 理 記 録 (例)

日本歯科麻酔学会

|                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |             |  |  |  |                |  |  |  |          |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
|------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|-------|--|--|--|-----------------|--|--|--|-------------|--|--|--|----------------|--|--|--|----------|--|--|--|-------|--|--|--|--|--|--|--|
| No                     |  |  |  | 氏名                         |  |  |  | 症例No.81                    |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |             |  |  |  | 既往歴・内服薬・検査所見など |  |  |  |          |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
| 処置日 20      —      —   |  |  |  | 身長                      cm |  |  |  | 体重                      kg |  |  |  | 男 ・ 女 |  |  |  | ASA : 1・2・3・4・E |  |  |  |             |  |  |  |                |  |  |  |          |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
| 診断名                    |  |  |  |                            |  |  |  | 治療内容                       |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |             |  |  |  |                |  |  |  |          |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
| 時間                     |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |             |  |  |  |                |  |  |  |          |  |  |  | 予定時間: |  |  |  |  |  |  |  |
| O <sub>2</sub>         |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  | 術者          |  |  |  |                |  |  |  |          |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
|                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |             |  |  |  |                |  |  |  |          |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
|                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  | 助手          |  |  |  |                |  |  |  |          |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
|                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |             |  |  |  |                |  |  |  |          |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
|                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  | 全身管理<br>担当者 |  |  |  |                |  |  |  |          |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
| Symbols                |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |             |  |  |  |                |  |  |  | Remarks  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
| 手術開始・終了 ◎<br>麻酔開始・終了 × |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |             |  |  |  |                |  |  |  |          |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
| 200                    |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |             |  |  |  |                |  |  |  |          |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
| 150                    |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |             |  |  |  |                |  |  |  |          |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
| 100                    |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |             |  |  |  |                |  |  |  |          |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
| 50                     |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |             |  |  |  |                |  |  |  |          |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
| SpO <sub>2</sub> (%)   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |             |  |  |  |                |  |  |  |          |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
| 呼吸数(回/分)               |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |             |  |  |  |                |  |  |  |          |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
| 輸 液                    |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |             |  |  |  |                |  |  |  |          |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
| 出 血                    |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |             |  |  |  |                |  |  |  |          |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
|                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |             |  |  |  |                |  |  |  | ml 手術時間: |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
|                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |             |  |  |  |                |  |  |  | g 麻酔時間:  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |

麻 醉 管 理 記 録 (例)

日本歯科麻酔学会

|                      |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|----------------------|--|-------------|--|----------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|-------|--|--|--|----------------|--|--|--|--|--|--|--|-------------|--|-------|--|--|--|--|--|-----------------|--|--|--|
| No                   |  |             |  | 氏名                         |  |  |  | 症例No.82                    |  |  |  | 歳     |  |  |  | 既往歴・内服薬・検査所見など |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 処置日 20    —    —     |  |             |  | 身長                      cm |  |  |  | 体重                      kg |  |  |  | 男 ・ 女 |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  | ASA : 1・2・3・4・E |  |  |  |
| 診断名                  |  |             |  |                            |  |  |  | 治療内容                       |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 時間                   |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 予定時間:       |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| O <sub>2</sub>       |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 術者          |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 助手          |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 全身管理<br>担当者 |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| Symbols              |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | Remarks     |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 手術開始・終了 ◎            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 麻酔開始・終了 ×            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 200                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 150                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 血圧(mmHg) ∨           |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | Summary     |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| ∧                    |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 脈拍(回/分) ●            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 100                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 50                   |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| SpO <sub>2</sub> (%) |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 手術時間:       |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 呼吸数(回/分)             |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  | 麻酔時間: |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 輸 液                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 出 血                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | ml          |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | g           |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |

## 麻 醉 管 理 記 録 (例)

日本歯科麻醉学会

|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|----------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|-------|--|--|--|-----------------|--|--|--|--|--|--|--|----------------|--|--|--|--|--|--|--|-------|--|--|--|-------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| No                   |  |  |  | 氏名                         |  |  |  | 症例No.83                    |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  | 既往歴・内服薬・検査所見など |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 処置日 20      —      — |  |  |  | 身長                      cm |  |  |  | 体重                      kg |  |  |  | 男 ・ 女 |  |  |  | ASA : 1・2・3・4・E |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 診断名                  |  |  |  |                            |  |  |  | 治療内容                       |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 時間                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 予定時間: |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| O <sub>2</sub>       |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  | 術者          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  | 助手          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  | 全身管理<br>担当者 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Symbols              |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  | Remarks     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 手術開始・終了 ◎            |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 麻酔開始・終了 ×            |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 200                  |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 150                  |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 血压(mmHg) ∨           |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ∧                    |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 脈拍(回/分) ●            |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 100                  |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 50                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| SpO <sub>2</sub> (%) |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 呼吸数(回/分)             |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 輸 液                  |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  | ml 手術時間:    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 出 血                  |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  | g 麻酔時間:     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

## 麻 醉 管 理 記 録 (例)

日本歯科麻酔学会

|                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|-------|--|--|--|-----------------|--|--|--|--|--|--|--|-------|--|--|--|----------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| No                                                                                                |  |  |  | 氏名                         |  |  |  | 症例No.84                    |  |  |  | 歳     |  |  |  | 既往歴・内服薬・検査所見など  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 処置日 20      —      —                                                                              |  |  |  | 身長                      cm |  |  |  | 体重                      kg |  |  |  | 男 ・ 女 |  |  |  | ASA : 1・2・3・4・E |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 診断名                                                                                               |  |  |  |                            |  |  |  | 治療内容                       |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 時間                                                                                                |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  | 予定時間: |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| O <sub>2</sub>                                                                                    |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  | ℓ     |  |  |  | 術者             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  | 助手             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  | 全身管理<br>担当者    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Symbols                                                                                           |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  | Remarks        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 手術開始・終了 ◎<br>麻酔開始・終了 ×<br><br>200<br><br>150<br>血压(mmHg) ∨<br>^<br>脈拍(回/分) ●<br><br>100<br><br>50 |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  | Summary        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| SpO <sub>2</sub> (%)                                                                              |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  | 手術時間:<br>麻酔時間: |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 呼吸数(回/分)                                                                                          |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  | ml    |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 輸 液                                                                                               |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  | g              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 出 血                                                                                               |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

麻 醉 管 理 記 録 (例)

日本歯科麻酔学会

|                                                                                                                                                             |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |    |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|-------|--|--|--|----------------|--|--|--|----|--|--|--|-------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-----------------|--|--|--|
| No                                                                                                                                                          |  |  |  | 氏名                         |  |  |  | 症例No.85                    |  |  |  | 歳     |  |  |  | 既往歴・内服薬・検査所見など |  |  |  |    |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 処置日 20      —      —                                                                                                                                        |  |  |  | 身長                      cm |  |  |  | 体重                      kg |  |  |  | 男 ・ 女 |  |  |  |                |  |  |  |    |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | ASA : 1・2・3・4・E |  |  |  |
| 診断名                                                                                                                                                         |  |  |  |                            |  |  |  | 治療内容                       |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |    |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 時間                                                                                                                                                          |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |    |  |  |  | 予定時間:       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| O <sub>2</sub>                                                                                                                                              |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  | ℓ  |  |  |  | 術者          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                                                                                                                                                             |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |    |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                                                                                                                                                             |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |    |  |  |  | 助手          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                                                                                                                                                             |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |    |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                                                                                                                                                             |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |    |  |  |  | 全身管理<br>担当者 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| Symbols                                                                                                                                                     |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |    |  |  |  | Remarks     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 手術開始・終了 ◎<br>麻酔開始・終了 ×<br><br>200<br><br>手術開始・終了 ◎<br>麻酔開始・終了 ×<br><br>150<br><br>手術開始・終了 ◎<br>麻酔開始・終了 ×<br><br>100<br><br>手術開始・終了 ◎<br>麻酔開始・終了 ×<br><br>50 |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |    |  |  |  | Summary     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                                                                                                                                                             |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |    |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                                                                                                                                                             |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |    |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                                                                                                                                                             |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |    |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                                                                                                                                                             |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |    |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| SpO <sub>2</sub> (%)                                                                                                                                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |    |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 呼吸数(回/分)                                                                                                                                                    |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |    |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 輸 液                                                                                                                                                         |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  | ml |  |  |  | 手術時間:       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 出 血                                                                                                                                                         |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  | g  |  |  |  | 麻酔時間:       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |

麻 醉 管 理 記 録 (例)

日本歯科麻酔学会

|                      |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|----------------------|--|-------------|--|----------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|-------|--|--|--|----------------|--|--|--|--|--|--|--|-------------|--|--|--|--|--|--|--|-----------------|--|--|--|
| No                   |  |             |  | 氏名                         |  |  |  | 症例No.86                    |  |  |  | 歳     |  |  |  | 既往歴・内服薬・検査所見など |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 処置日 20    —    —     |  |             |  | 身長                      cm |  |  |  | 体重                      kg |  |  |  | 男 ・ 女 |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  | ASA : 1・2・3・4・E |  |  |  |
| 診断名                  |  |             |  |                            |  |  |  | 治療内容                       |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 時間                   |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 予定時間:       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| O <sub>2</sub>       |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 術者          |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 助手          |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 全身管理<br>担当者 |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| Symbols              |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | Remarks     |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 手術開始・終了 ◎            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 麻酔開始・終了 ×            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 200                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 150                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 血圧(mmHg) ∨           |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | Summary     |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| ∧                    |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 脈拍(回/分) ●            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 100                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 50                   |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| SpO <sub>2</sub> (%) |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 呼吸数(回/分)             |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 輸 液                  |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | ml 手術時間:    |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 出 血                  |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | g 麻酔時間:     |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |

麻 醉 管 理 記 録 (例)

日本歯科麻酔学会

|                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|-----|--|--|--|-----------------|--|--|--|--|--|--|--|----------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| No                                                                                                |  |  |  | 氏名                         |  |  |  | 症例No.87                    |  |  |  | 歳   |  |  |  | 既往歴・内服薬・検査所見など  |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 処置日 20      —      —                                                                              |  |  |  | 身長                      cm |  |  |  | 体重                      kg |  |  |  | 男・女 |  |  |  | ASA : 1・2・3・4・E |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 診断名                                                                                               |  |  |  |                            |  |  |  | 治療内容                       |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 時間                                                                                                |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  | 予定時間:          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| O <sub>2</sub>                                                                                    |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  | 術者             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  | 助手             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  | 全身管理<br>担当者    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Symbols                                                                                           |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  | Remarks        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 手術開始・終了 ◎<br>麻酔開始・終了 ×<br><br>200<br><br>150<br>血压(mmHg) ∨<br>^<br>脈拍(回/分) ●<br><br>100<br><br>50 |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  | Summary        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| SpO <sub>2</sub> (%)                                                                              |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  | 手術時間:<br>麻酔時間: |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 呼吸数(回/分)                                                                                          |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 輸 液                                                                                               |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  | ml             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 出 血                                                                                               |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  | g              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |





## 麻 醉 管 理 記 録 (例)

日本歯科麻醉学会

|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
|----------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|-------|--|--|--|-----------------|--|--|--|--|--|--|--|----------------|--|--|--|--|--|--|--|-------|--|--|--|-------------|--|--|--|-------|--|--|--|--|--|--|--|
| No                   |  |  |  | 氏名                         |  |  |  | 症例No.89                    |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  | 既往歴・内服薬・検査所見など |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
| 処置日 20      —      — |  |  |  | 身長                      cm |  |  |  | 体重                      kg |  |  |  | 男 ・ 女 |  |  |  | ASA : 1・2・3・4・E |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
| 診断名                  |  |  |  |                            |  |  |  | 治療内容                       |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
| 時間                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 予定時間: |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
| O <sub>2</sub>       |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  | 術者          |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  | 助手          |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  | 全身管理<br>担当者 |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
| Symbols              |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  | Remarks     |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
| 手術開始・終了 ◎            |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
| 麻酔開始・終了 ×            |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
| 200                  |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
| 150                  |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
| 血圧(mmHg) ∨           |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
| ∧                    |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
| 脈拍(回/分) ●            |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
| 100                  |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
| 50                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
| SpO <sub>2</sub> (%) |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
| 呼吸数(回/分)             |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
| 輸 液                  |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  | ml          |  |  |  | 手術時間: |  |  |  |  |  |  |  |
| 出 血                  |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  | g           |  |  |  | 麻酔時間: |  |  |  |  |  |  |  |

麻 醉 管 理 記 録 (例)

日本歯科麻酔学会

|                      |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|----------------------|--|-------------|--|----------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|-------|--|--|--|----------------|--|--|--|--|--|--|--|-------------|--|--|--|--|--|--|--|-----------------|--|--|--|
| No                   |  |             |  | 氏名                         |  |  |  | 症例No.90                    |  |  |  | 歳     |  |  |  | 既往歴・内服薬・検査所見など |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 処置日 20    —    —     |  |             |  | 身長                      cm |  |  |  | 体重                      kg |  |  |  | 男 ・ 女 |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  | ASA : 1・2・3・4・E |  |  |  |
| 診断名                  |  |             |  |                            |  |  |  | 治療内容                       |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 時間                   |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 予定時間:       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| O <sub>2</sub>       |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 術者          |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 助手          |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 全身管理<br>担当者 |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| Symbols              |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | Remarks     |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 手術開始・終了 ◎            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 麻酔開始・終了 ×            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 200                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 150                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 血圧(mmHg) ∨           |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | Summary     |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| ∧                    |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 脈拍(回/分) ●            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 100                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 50                   |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| SpO <sub>2</sub> (%) |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 呼吸数(回/分)             |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 輸 液                  |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | ml 手術時間:    |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 出 血                  |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | g 麻酔時間:     |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |

麻 醉 管 理 記 録 (例)

日本歯科麻酔学会

|                      |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|----------------------|--|-------------|--|----------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|-------|--|--|--|----------------|--|--|--|--|--|--|--|-------------|--|--|--|--|--|--|--|-----------------|--|--|--|
| No                   |  |             |  | 氏名                         |  |  |  | 症例No.91                    |  |  |  | 歳     |  |  |  | 既往歴・内服薬・検査所見など |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 処置日 20    —    —     |  |             |  | 身長                      cm |  |  |  | 体重                      kg |  |  |  | 男 ・ 女 |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  | ASA : 1・2・3・4・E |  |  |  |
| 診断名                  |  |             |  |                            |  |  |  | 治療内容                       |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 時間                   |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 予定時間:       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| O <sub>2</sub>       |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 術者          |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 助手          |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 全身管理<br>担当者 |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| Symbols              |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | Remarks     |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 手術開始・終了 ◎            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 麻酔開始・終了 ×            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 200                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 150                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 血圧(mmHg) ∨           |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | Summary     |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| ∧                    |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 脈拍(回/分) ●            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 100                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 50                   |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| SpO <sub>2</sub> (%) |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 呼吸数(回/分)             |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 輸 液                  |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | ml 手術時間:    |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 出 血                  |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | g 麻酔時間:     |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |

麻 醉 管 理 記 録（例）

日本歯科麻酔学会

|                      |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|----------------------|--|-------------|--|----------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|-------|--|--|--|----------------|--|--|--|--|--|--|--|-------------|--|--|--|--|--|--|--|-----------------|--|--|--|
| No                   |  |             |  | 氏名                         |  |  |  | 症例No.92                    |  |  |  | 歳     |  |  |  | 既往歴・内服薬・検査所見など |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 処置日 20    —    —     |  |             |  | 身長                      cm |  |  |  | 体重                      kg |  |  |  | 男 ・ 女 |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  | ASA : 1・2・3・4・E |  |  |  |
| 診断名                  |  |             |  |                            |  |  |  | 治療内容                       |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 時間                   |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 予定時間:       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| O <sub>2</sub>       |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 術者          |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 助手          |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 全身管理<br>担当者 |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| Symbols              |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | Remarks     |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 手術開始・終了 ◎            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 麻酔開始・終了 ×            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 200                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 150                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 血圧(mmHg) ∨           |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | Summary     |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| ∧                    |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 脈拍(回/分) ●            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 100                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 50                   |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| SpO <sub>2</sub> (%) |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 呼吸数(回/分)             |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 輸 液                  |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | ml 手術時間:    |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 出 血                  |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | g 麻酔時間:     |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |

麻 醉 管 理 記 録 (例)

日本歯科麻酔学会

|                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|-------|--|--|--|----------------|--|--|--|-------------|--|--|--|------------|--|--|--|--|--|--|--|-----------------|--|--|--|
| No                     |  |  |  | 氏名                         |  |  |  | 症例No.93                    |  |  |  | 歳     |  |  |  | 既往歴・内服薬・検査所見など |  |  |  |             |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 処置日 20    —    —       |  |  |  | 身長                      cm |  |  |  | 体重                      kg |  |  |  | 男 ・ 女 |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  | ASA : 1・2・3・4・E |  |  |  |
| 診断名                    |  |  |  |                            |  |  |  | 治療内容                       |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 時間                     |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  | 予定時間:      |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| O <sub>2</sub>         |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  | 術者          |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  | 助手          |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  | 全身管理<br>担当者 |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| Symbols                |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  | Remarks     |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 手術開始・終了 ◎<br>麻酔開始・終了 × |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 200                    |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  | Summary     |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 150                    |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 100                    |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 50                     |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| SpO <sub>2</sub> (%)   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  | 手術時間:<br>ml |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 呼吸数(回/分)               |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  | 麻酔時間:<br>g |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 輸 液                    |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 出 血                    |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |

麻 醉 管 理 記 録 (例)

日本歯科麻酔学会

|                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|-------|--|--|--|-----------------|--|--|--|----------------|--|--|--|-------------|--|--|--|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| No                     |  |  |  | 氏名                         |  |  |  | 症例No.94                    |  |  |  | 歳     |  |  |  | 既往歴・内服薬・検査所見など  |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 処置日 20      —      —   |  |  |  | 身長                      cm |  |  |  | 体重                      kg |  |  |  | 男 ・ 女 |  |  |  | ASA : 1・2・3・4・E |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 診断名                    |  |  |  |                            |  |  |  | 治療内容                       |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 時間                     |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |                |  |  |  | 予定時間:       |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| O <sub>2</sub>         |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  | O <sub>2</sub> |  |  |  | 術者          |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |                |  |  |  | 助手          |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |                |  |  |  | 全身管理<br>担当者 |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Symbols                |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |                |  |  |  | Remarks     |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 手術開始・終了 ◎<br>麻酔開始・終了 × |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 200                    |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 150                    |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 100                    |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 50                     |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| SpO <sub>2</sub> (%)   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 呼吸数(回/分)               |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 輸 液                    |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |                |  |  |  | ml          |  |  |  | 手術時間: |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 出 血                    |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |                |  |  |  | g           |  |  |  | 麻酔時間: |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

## 麻 醉 管 理 記 録 (例)

日本歯科麻酔学会

|                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |    |  |  |  |       |  |  |  |
|------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|-------|--|--|--|-----------------|--|--|--|--|--|--|--|----------------|--|--|--|--|--|--|--|-------|--|--|--|-------------|--|--|--|----|--|--|--|-------|--|--|--|
| No                     |  |  |  | 氏名                         |  |  |  | 症例No.95                    |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  | 既往歴・内服薬・検査所見など |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |    |  |  |  |       |  |  |  |
| 処置日 20      —      —   |  |  |  | 身長                      cm |  |  |  | 体重                      kg |  |  |  | 男 ・ 女 |  |  |  | ASA : 1・2・3・4・E |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |    |  |  |  |       |  |  |  |
| 診断名                    |  |  |  |                            |  |  |  | 治療内容                       |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |    |  |  |  |       |  |  |  |
| 時間                     |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 予定時間: |  |  |  |             |  |  |  |    |  |  |  |       |  |  |  |
| O <sub>2</sub>         |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  | 術者          |  |  |  |    |  |  |  |       |  |  |  |
|                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |    |  |  |  |       |  |  |  |
|                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  | 助手          |  |  |  |    |  |  |  |       |  |  |  |
|                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |    |  |  |  |       |  |  |  |
|                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  | 全身管理<br>担当者 |  |  |  |    |  |  |  |       |  |  |  |
| Symbols                |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  | Remarks     |  |  |  |    |  |  |  |       |  |  |  |
| 手術開始・終了 ◎<br>麻酔開始・終了 × |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |    |  |  |  |       |  |  |  |
| 200                    |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |    |  |  |  |       |  |  |  |
| 150                    |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |    |  |  |  |       |  |  |  |
| 100                    |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |    |  |  |  |       |  |  |  |
| 50                     |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |    |  |  |  |       |  |  |  |
| SpO <sub>2</sub> (%)   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |    |  |  |  |       |  |  |  |
| 呼吸数(回/分)               |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |    |  |  |  |       |  |  |  |
| 輸 液                    |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  | ml |  |  |  | 手術時間: |  |  |  |
| 出 血                    |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  | g  |  |  |  | 麻酔時間: |  |  |  |

麻 醉 管 理 記 録 (例)

日本歯科麻酔学会

|                      |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|----------------------|--|-------------|--|----------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|-------|--|--|--|----------------|--|--|--|--|--|--|--|----------------|--|--|--|--|--|--|--|-----------------|--|--|--|
| No                   |  |             |  | 氏名                         |  |  |  | 症例No.96                    |  |  |  | 歳     |  |  |  | 既往歴・内服薬・検査所見など |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 処置日 20    —    —     |  |             |  | 身長                      cm |  |  |  | 体重                      kg |  |  |  | 男 ・ 女 |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | ASA : 1・2・3・4・E |  |  |  |
| 診断名                  |  |             |  |                            |  |  |  | 治療内容                       |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 時間                   |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 予定時間:          |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| O <sub>2</sub>       |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 術者             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 助手             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 全身管理<br>担当者    |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| Symbols              |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | Remarks        |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 手術開始・終了 ◎            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 麻酔開始・終了 ×            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 200                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 150                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 血圧(mmHg) ∨           |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | Summary        |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| ∧                    |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 脈拍(回/分) ●            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 100                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 50                   |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| SpO <sub>2</sub> (%) |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 手術時間:<br>麻酔時間: |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 呼吸数(回/分)             |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 輸 液                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 出 血                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |



## 麻 醉 管 理 記 録 (例)

日本歯科麻酔学会

[illegible]

## 麻 醉 管 理 記 録 (例)

日本歯科麻酔学会

|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
|----------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|-------|--|--|--|-----------------|--|--|--|--|--|--|--|----------------|--|--|--|--|--|--|--|-------|--|--|--|-------------|--|--|--|-------|--|--|--|--|--|--|--|
| No                   |  |  |  | 氏名                         |  |  |  | 症例No.98                    |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  | 既往歴・内服薬・検査所見など |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
| 処置日 20      —      — |  |  |  | 身長                      cm |  |  |  | 体重                      kg |  |  |  | 男 ・ 女 |  |  |  | ASA : 1・2・3・4・E |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
| 診断名                  |  |  |  |                            |  |  |  | 治療内容                       |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
| 時間                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 予定時間: |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
| O <sub>2</sub>       |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  | 術者          |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  | 助手          |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  | 全身管理<br>担当者 |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
| Symbols              |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  | Remarks     |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
| 手術開始・終了 ◎            |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
| 麻酔開始・終了 ×            |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
| 200                  |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
| 150                  |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
| 血圧(mmHg) ∨           |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
| ∧                    |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
| 脈拍(回/分) ●            |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
| 100                  |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
| 50                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
| SpO <sub>2</sub> (%) |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
| 呼吸数(回/分)             |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
| 輸 液                  |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  | ml          |  |  |  | 手術時間: |  |  |  |  |  |  |  |
| 出 血                  |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  | g           |  |  |  | 麻酔時間: |  |  |  |  |  |  |  |

## 麻 醉 管 理 記 録 (例)

日本歯科麻酔学会

|                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |   |  |  |  |                |  |  |  |         |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|-------|--|--|--|-----------------|--|--|--|---|--|--|--|----------------|--|--|--|---------|--|--|--|-------|--|--|--|--|--|--|--|
| No                                                                                                |  |  |  | 氏名                         |  |  |  | 症例No.99                    |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |   |  |  |  | 既往歴・内服薬・検査所見など |  |  |  |         |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
| 処置日 20      —      —                                                                              |  |  |  | 身長                      cm |  |  |  | 体重                      kg |  |  |  | 男 ・ 女 |  |  |  | ASA : 1・2・3・4・E |  |  |  |   |  |  |  |                |  |  |  |         |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
| 診断名                                                                                               |  |  |  |                            |  |  |  | 治療内容                       |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |   |  |  |  |                |  |  |  |         |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
| 時間                                                                                                |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |   |  |  |  |                |  |  |  |         |  |  |  | 予定時間: |  |  |  |  |  |  |  |
| O <sub>2</sub>                                                                                    |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  | ℓ |  |  |  | 術者             |  |  |  |         |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |   |  |  |  |                |  |  |  |         |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |   |  |  |  | 助手             |  |  |  |         |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |   |  |  |  |                |  |  |  |         |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |   |  |  |  | 全身管理<br>担当者    |  |  |  |         |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
| Symbols                                                                                           |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |   |  |  |  |                |  |  |  | Remarks |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
| 手術開始・終了 ◎<br>麻酔開始・終了 ×<br><br>200<br><br>150<br>血圧(mmHg) ∨<br>^<br>脈拍(回/分) ●<br><br>100<br><br>50 |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |   |  |  |  |                |  |  |  | Summary |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |   |  |  |  |                |  |  |  |         |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |   |  |  |  |                |  |  |  |         |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |   |  |  |  |                |  |  |  |         |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
| SpO <sub>2</sub> (%)                                                                              |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |   |  |  |  |                |  |  |  |         |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
| 呼吸数(回/分)                                                                                          |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |   |  |  |  |                |  |  |  |         |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
| 輸 液                                                                                               |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |   |  |  |  |                |  |  |  |         |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
| 出 血                                                                                               |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |   |  |  |  |                |  |  |  | ml      |  |  |  | 手術時間: |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |   |  |  |  |                |  |  |  | g       |  |  |  | 麻酔時間: |  |  |  |  |  |  |  |

麻 醉 管 理 記 録 (例)

日本歯科麻酔学会

|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|----------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|-----|--|--|--|-----------------|--|--|--|-------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| No                   |  |  |  | 氏名                         |  |  |  | 症例No.100                   |  |  |  | 歳   |  |  |  | 既往歴・内服薬・検査所見など  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 処置日 20      —      — |  |  |  | 身長                      cm |  |  |  | 体重                      kg |  |  |  | 男・女 |  |  |  | ASA : 1・2・3・4・E |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 診断名                  |  |  |  |                            |  |  |  | 治療内容                       |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 時間                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  | 予定時間:       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| O <sub>2</sub>       |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  | 術者          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  | 助手          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  | 全身管理<br>担当者 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Symbols              |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  | Remarks     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 手術開始・終了 ◎            |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 麻酔開始・終了 ×            |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 200                  |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  | Summary     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 150                  |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 100                  |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 50                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| SpO <sub>2</sub> (%) |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 呼吸数(回/分)             |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 輸 液                  |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  | ml 手術時間:    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 出 血                  |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  | g 麻酔時間:     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |



麻 醉 管 理 記 録 (例)

日本歯科麻酔学会

|                      |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|----------------------|--|-------------|--|----------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|-------|--|--|--|----------------|--|--|--|--|--|--|--|-------------|--|-------|--|--|--|--|--|-----------------|--|--|--|
| No                   |  |             |  | 氏名                         |  |  |  | 症例No.102                   |  |  |  | 歳     |  |  |  | 既往歴・内服薬・検査所見など |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 処置日 20    —    —     |  |             |  | 身長                      cm |  |  |  | 体重                      kg |  |  |  | 男 ・ 女 |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  | ASA : 1・2・3・4・E |  |  |  |
| 診断名                  |  |             |  |                            |  |  |  | 治療内容                       |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 時間                   |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 予定時間:       |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| O <sub>2</sub>       |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 術者          |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 助手          |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 全身管理<br>担当者 |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| Symbols              |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | Remarks     |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 手術開始・終了 ◎            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 麻酔開始・終了 ×            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 200                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 150                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 血圧(mmHg) ∨           |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 脈拍(回/分) ●            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 100                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 50                   |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| SpO <sub>2</sub> (%) |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | Summary     |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 呼吸数(回/分)             |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 輸 液                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 出 血                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | ml          |  | 手術時間: |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | g           |  | 麻酔時間: |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |

麻 醉 管 理 記 録 (例)

日本歯科麻酔学会

|                      |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|----------------------|--|-------------|--|----------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|-------|--|--|--|----------------|--|--|--|--|--|--|--|-------------|--|--|--|--|--|--|--|-----------------|--|--|--|
| No                   |  |             |  | 氏名                         |  |  |  | 症例No.103                   |  |  |  | 歳     |  |  |  | 既往歴・内服薬・検査所見など |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 処置日 20    —    —     |  |             |  | 身長                      cm |  |  |  | 体重                      kg |  |  |  | 男 ・ 女 |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  | ASA : 1・2・3・4・E |  |  |  |
| 診断名                  |  |             |  |                            |  |  |  | 治療内容                       |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 時間                   |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 予定時間:       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| O <sub>2</sub>       |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 術者          |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 助手          |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 全身管理<br>担当者 |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| Symbols              |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | Remarks     |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 手術開始・終了 ◎            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 麻酔開始・終了 ×            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 200                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 150                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 血圧(mmHg) ∨           |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | Summary     |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| ∧                    |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 脈拍(回/分) ●            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 100                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 50                   |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| SpO <sub>2</sub> (%) |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 呼吸数(回/分)             |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 輸 液                  |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | ml 手術時間:    |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 出 血                  |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | g 麻酔時間:     |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |

麻 醉 管 理 記 録 (例)

日本歯科麻酔学会

|                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|-------|--|--|--|----------------|--|--|--|-------------|--|--|--|-------|--|--|--|--|--|--|--|-----------------|--|--|--|
| No                     |  |  |  | 氏名                         |  |  |  | 症例No.104                   |  |  |  | 歳     |  |  |  | 既往歴・内服薬・検査所見など |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 処置日 20    —    —       |  |  |  | 身長                      cm |  |  |  | 体重                      kg |  |  |  | 男 ・ 女 |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  | ASA : 1・2・3・4・E |  |  |  |
| 診断名                    |  |  |  |                            |  |  |  | 治療内容                       |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 時間                     |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  | 予定時間: |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| O <sub>2</sub>         |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  | 術者          |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  | 助手          |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  | 全身管理<br>担当者 |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| Symbols                |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  | Remarks     |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 手術開始・終了 ◎<br>麻酔開始・終了 × |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 200                    |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  | Summary     |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 150                    |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 100                    |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 50                     |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| SpO <sub>2</sub> (%)   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  | 手術時間:<br>ml |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 呼吸数(回/分)               |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 輸 液                    |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  | 麻酔時間:<br>g  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 出 血                    |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |





## 麻 醉 管 理 記 録 (例)

日本歯科麻酔学会

|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
|----------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|-------|--|--|--|-----------------|--|--|--|--|--|--|--|----------------|--|--|--|--|--|--|--|-------|--|--|--|-------------|--|--|--|-------|--|--|--|--|--|--|--|
| No                   |  |  |  | 氏名                         |  |  |  | 症例No.106                   |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  | 既往歴・内服薬・検査所見など |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
| 処置日 20      —      — |  |  |  | 身長                      cm |  |  |  | 体重                      kg |  |  |  | 男 ・ 女 |  |  |  | ASA : 1・2・3・4・E |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
| 診断名                  |  |  |  |                            |  |  |  | 治療内容                       |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
| 時間                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 予定時間: |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
| O <sub>2</sub>       |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  | 術者          |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  | 助手          |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  | 全身管理<br>担当者 |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
| Symbols              |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  | Remarks     |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
| 手術開始・終了 ◎            |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
| 麻酔開始・終了 ×            |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
| 200                  |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
| 150                  |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
| 血压(mmHg) ∨           |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
| ∧                    |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
| 脈拍(回/分) ●            |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
| 100                  |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
| 50                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
| SpO <sub>2</sub> (%) |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
| 呼吸数(回/分)             |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
| 輸 液                  |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  | ml          |  |  |  | 手術時間: |  |  |  |  |  |  |  |
| 出 血                  |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  | g           |  |  |  | 麻酔時間: |  |  |  |  |  |  |  |

麻 醉 管 理 記 録 (例)

日本歯科麻酔学会

|                        |  |  |  |    |  |  |  |          |  |  |  |      |  |  |  |                |  |  |  |    |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|------------------------|--|--|--|----|--|--|--|----------|--|--|--|------|--|--|--|----------------|--|--|--|----|--|--|--|-------|--|--|--|-------------|--|--|--|-----------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| No                     |  |  |  | 氏名 |  |  |  | 症例No.107 |  |  |  | 歳    |  |  |  | 既往歴・内服薬・検査所見など |  |  |  |    |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 処置日 20                 |  |  |  | —  |  |  |  | —        |  |  |  | 身長   |  |  |  | cm             |  |  |  | 体重 |  |  |  | kg    |  |  |  | 男・女         |  |  |  | ASA : 1・2・3・4・E |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 診断名                    |  |  |  |    |  |  |  |          |  |  |  | 治療内容 |  |  |  |                |  |  |  |    |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 時間                     |  |  |  |    |  |  |  |          |  |  |  |      |  |  |  |                |  |  |  |    |  |  |  | 予定時間: |  |  |  |             |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| O <sub>2</sub>         |  |  |  |    |  |  |  |          |  |  |  |      |  |  |  |                |  |  |  |    |  |  |  | ℓ     |  |  |  | 術者          |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                        |  |  |  |    |  |  |  |          |  |  |  |      |  |  |  |                |  |  |  |    |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                        |  |  |  |    |  |  |  |          |  |  |  |      |  |  |  |                |  |  |  |    |  |  |  |       |  |  |  | 助手          |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                        |  |  |  |    |  |  |  |          |  |  |  |      |  |  |  |                |  |  |  |    |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                        |  |  |  |    |  |  |  |          |  |  |  |      |  |  |  |                |  |  |  |    |  |  |  |       |  |  |  | 全身管理<br>担当者 |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Symbols                |  |  |  |    |  |  |  |          |  |  |  |      |  |  |  |                |  |  |  |    |  |  |  |       |  |  |  | Remarks     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 手術開始・終了 ◎<br>麻酔開始・終了 × |  |  |  |    |  |  |  |          |  |  |  |      |  |  |  |                |  |  |  |    |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 200                    |  |  |  |    |  |  |  |          |  |  |  |      |  |  |  |                |  |  |  |    |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 150                    |  |  |  |    |  |  |  |          |  |  |  |      |  |  |  |                |  |  |  |    |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 100                    |  |  |  |    |  |  |  |          |  |  |  |      |  |  |  |                |  |  |  |    |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 50                     |  |  |  |    |  |  |  |          |  |  |  |      |  |  |  |                |  |  |  |    |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| SpO <sub>2</sub> (%)   |  |  |  |    |  |  |  |          |  |  |  |      |  |  |  |                |  |  |  |    |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 呼吸数(回/分)               |  |  |  |    |  |  |  |          |  |  |  |      |  |  |  |                |  |  |  |    |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 輸液                     |  |  |  |    |  |  |  |          |  |  |  |      |  |  |  |                |  |  |  |    |  |  |  | ml    |  |  |  | 手術時間:       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 出血                     |  |  |  |    |  |  |  |          |  |  |  |      |  |  |  |                |  |  |  |    |  |  |  | g     |  |  |  | 麻酔時間:       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

麻 醉 管 理 記 録（例）

日本歯科麻酔学会

|                        |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
|------------------------|--|-------------|--|----------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|-----|--|--|--|----------------|--|--|--|--|--|--|--|-------------|--|--|--|--|--|--|--|---------------|--|--|--|
| No                     |  |             |  | 氏名                         |  |  |  | 症例No.108                   |  |  |  | 歳   |  |  |  | 既往歴・内服薬・検査所見など |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
| 処置日 20    —    —       |  |             |  | 身長                      cm |  |  |  | 体重                      kg |  |  |  | 男・女 |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  | ASA：1・2・3・4・E |  |  |  |
| 診断名                    |  |             |  |                            |  |  |  | 治療内容                       |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
| 時間                     |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 予定時間：       |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
| O <sub>2</sub>         |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 術者          |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
|                        |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 助手          |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
|                        |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 全身管理<br>担当者 |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
| Symbols                |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | Remarks     |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
| 手術開始・終了 ◎<br>麻酔開始・終了 × |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
| 200                    |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
| 150                    |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
| 100                    |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
| 50                     |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
| SpO <sub>2</sub> (%)   |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | Summary     |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
| 呼吸数(回/分)               |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
| 輸 液                    |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
| 出 血                    |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
|                        |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
|                        |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 手術時間：       |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
|                        |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 麻酔時間：       |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |

## 麻 醉 管 理 記 録 (例)

日本歯科麻酔学会

|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
|----------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|-------|--|--|--|-----------------|--|--|--|--|--|--|--|----------------|--|--|--|--|--|--|--|-------|--|--|--|-------------|--|--|--|-------|--|--|--|--|--|--|--|
| No                   |  |  |  | 氏名                         |  |  |  | 症例No.109                   |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  | 既往歴・内服薬・検査所見など |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
| 処置日 20      —      — |  |  |  | 身長                      cm |  |  |  | 体重                      kg |  |  |  | 男 ・ 女 |  |  |  | ASA : 1・2・3・4・E |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
| 診断名                  |  |  |  |                            |  |  |  | 治療内容                       |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
| 時間                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 予定時間: |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
| O <sub>2</sub>       |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  | 術者          |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  | 助手          |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  | 全身管理<br>担当者 |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
| Symbols              |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  | Remarks     |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
| 手術開始・終了 ◎            |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
| 麻酔開始・終了 ×            |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
| 200                  |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
| 手術開始・終了 ◎            |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
| 麻酔開始・終了 ×            |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
| 150                  |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  | Summary     |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
| 手術開始・終了 ◎            |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
| 麻酔開始・終了 ×            |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
| 100                  |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
| 手術開始・終了 ◎            |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
| 麻酔開始・終了 ×            |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
| 50                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
| 手術開始・終了 ◎            |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
| 麻酔開始・終了 ×            |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
| SpO <sub>2</sub> (%) |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
| 呼吸数(回/分)             |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
| 輸 液                  |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
| 出 血                  |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  | ml          |  |  |  | 手術時間: |  |  |  |  |  |  |  |
|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  | g           |  |  |  | 麻酔時間: |  |  |  |  |  |  |  |

## 麻 醉 管 理 記 録 (例)

日本歯科麻酔学会

[illegible]

麻 醉 管 理 記 録 (例)

日本歯科麻酔学会

|                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|-----|--|--|--|-----------------|--|--|--|--|--|--|--|-------|--|--|--|----------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| No                                                                                                |  |  |  | 氏名                         |  |  |  | 症例No.111                   |  |  |  | 歳   |  |  |  | 既往歴・内服薬・検査所見など  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 処置日 20      —      —                                                                              |  |  |  | 身長                      cm |  |  |  | 体重                      kg |  |  |  | 男・女 |  |  |  | ASA : 1・2・3・4・E |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 診断名                                                                                               |  |  |  |                            |  |  |  | 治療内容                       |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 時間                                                                                                |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  | 予定時間: |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| O <sub>2</sub>                                                                                    |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  | ℓ     |  |  |  | 術者             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  | 助手             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  | 全身管理<br>担当者    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Symbols                                                                                           |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  | Remarks        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 手術開始・終了 ◎<br>麻酔開始・終了 ×<br><br>200<br><br>150<br>血压(mmHg) ∨<br>^<br>脈拍(回/分) ●<br><br>100<br><br>50 |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  | Summary        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| SpO <sub>2</sub> (%)                                                                              |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  | 手術時間:<br>麻酔時間: |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 呼吸数(回/分)                                                                                          |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 輸 液                                                                                               |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  | ml    |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 出 血                                                                                               |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  | g     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

麻 醉 管 理 記 録 (例)

日本歯科麻酔学会

|                      |  |  |  |    |  |  |  |          |  |  |  |      |  |  |  |    |  |  |  |    |  |  |  |    |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|----------------------|--|--|--|----|--|--|--|----------|--|--|--|------|--|--|--|----|--|--|--|----|--|--|--|----|--|--|--|-----|--|--|--|-----------------|--|--|--|--|--|--|--|----------------|--|--|--|--|--|--|--|-------------|--|--|--|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| No                   |  |  |  | 氏名 |  |  |  | 症例No.112 |  |  |  |      |  |  |  |    |  |  |  |    |  |  |  | 歳  |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  | 既往歴・内服薬・検査所見など |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 処置日 20               |  |  |  | —  |  |  |  | —        |  |  |  | 身長   |  |  |  | cm |  |  |  | 体重 |  |  |  | kg |  |  |  | 男・女 |  |  |  | ASA : 1・2・3・4・E |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 診断名                  |  |  |  |    |  |  |  |          |  |  |  | 治療内容 |  |  |  |    |  |  |  |    |  |  |  |    |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 時間                   |  |  |  |    |  |  |  |          |  |  |  |      |  |  |  |    |  |  |  |    |  |  |  |    |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 予定時間:       |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| O <sub>2</sub>       |  |  |  |    |  |  |  |          |  |  |  |      |  |  |  |    |  |  |  |    |  |  |  |    |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 術者          |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                      |  |  |  |    |  |  |  |          |  |  |  |      |  |  |  |    |  |  |  |    |  |  |  |    |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 助手          |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                      |  |  |  |    |  |  |  |          |  |  |  |      |  |  |  |    |  |  |  |    |  |  |  |    |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 全身管理<br>担当者 |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Symbols              |  |  |  |    |  |  |  |          |  |  |  |      |  |  |  |    |  |  |  |    |  |  |  |    |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | Remarks     |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 手術開始・終了 ◎            |  |  |  |    |  |  |  |          |  |  |  |      |  |  |  |    |  |  |  |    |  |  |  |    |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | Summary     |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 麻酔開始・終了 ×            |  |  |  |    |  |  |  |          |  |  |  |      |  |  |  |    |  |  |  |    |  |  |  |    |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 200                  |  |  |  |    |  |  |  |          |  |  |  |      |  |  |  |    |  |  |  |    |  |  |  |    |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 150                  |  |  |  |    |  |  |  |          |  |  |  |      |  |  |  |    |  |  |  |    |  |  |  |    |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 血压(mmHg) ∨           |  |  |  |    |  |  |  |          |  |  |  |      |  |  |  |    |  |  |  |    |  |  |  |    |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | Summary     |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 脈拍(回/分) ●            |  |  |  |    |  |  |  |          |  |  |  |      |  |  |  |    |  |  |  |    |  |  |  |    |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 100                  |  |  |  |    |  |  |  |          |  |  |  |      |  |  |  |    |  |  |  |    |  |  |  |    |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 50                   |  |  |  |    |  |  |  |          |  |  |  |      |  |  |  |    |  |  |  |    |  |  |  |    |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| SpO <sub>2</sub> (%) |  |  |  |    |  |  |  |          |  |  |  |      |  |  |  |    |  |  |  |    |  |  |  |    |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | Summary     |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 呼吸数(回/分)             |  |  |  |    |  |  |  |          |  |  |  |      |  |  |  |    |  |  |  |    |  |  |  |    |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 輸 液                  |  |  |  |    |  |  |  |          |  |  |  |      |  |  |  |    |  |  |  |    |  |  |  |    |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 出 血                  |  |  |  |    |  |  |  |          |  |  |  |      |  |  |  |    |  |  |  |    |  |  |  |    |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                      |  |  |  |    |  |  |  |          |  |  |  |      |  |  |  |    |  |  |  |    |  |  |  |    |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | ml          |  |  |  | 手術時間: |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                      |  |  |  |    |  |  |  |          |  |  |  |      |  |  |  |    |  |  |  |    |  |  |  |    |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | g           |  |  |  | 麻酔時間: |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |



麻 醉 管 理 記 録 (例)

日本歯科麻酔学会

|                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|-----|--|--|--|-----------------|--|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-------------|--|
| No                                                                                                |  |  |  | 氏名                         |  |  |  | 症例No.113                   |  |  |  | 歳   |  |  |  | 既往歴・内服薬・検査所見など  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |  |
| 処置日 20      —      —                                                                              |  |  |  | 身長                      cm |  |  |  | 体重                      kg |  |  |  | 男・女 |  |  |  | ASA : 1・2・3・4・E |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |  |
| 診断名                                                                                               |  |  |  |                            |  |  |  | 治療内容                       |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |  |
| 時間                                                                                                |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  | 予定時間: |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |  |
| O <sub>2</sub>                                                                                    |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  | ℓ     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 術者          |  |
|                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |  |
|                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 助手          |  |
|                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |  |
|                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 全身管理<br>担当者 |  |
| Symbols                                                                                           |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Remarks     |  |
| 手術開始・終了 ◎<br>麻酔開始・終了 ×<br><br>200<br><br>150<br>血压(mmHg) ∨<br>^<br>脈拍(回/分) ●<br><br>100<br><br>50 |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |  |
|                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |  |
|                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |  |
|                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |  |
|                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |  |
|                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |  |
|                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |  |
|                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |  |
|                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |  |
|                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |  |
| SpO <sub>2</sub> (%)                                                                              |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |  |
| 呼吸数(回/分)                                                                                          |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |  |
| 輸 液                                                                                               |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | ml 手術時間:    |  |
| 出 血                                                                                               |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | g 麻酔時間:     |  |

麻 醉 管 理 記 録 (例)

日本歯科麻酔学会

|                      |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|----------------------|--|-------------|--|----------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|-------|--|--|--|----------------|--|--|--|--|--|--|--|-------------|--|-------|--|--|--|--|--|-----------------|--|--|--|
| No                   |  |             |  | 氏名                         |  |  |  | 症例No.114                   |  |  |  | 歳     |  |  |  | 既往歴・内服薬・検査所見など |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 処置日 20    —    —     |  |             |  | 身長                      cm |  |  |  | 体重                      kg |  |  |  | 男 ・ 女 |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  | ASA : 1・2・3・4・E |  |  |  |
| 診断名                  |  |             |  |                            |  |  |  | 治療内容                       |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 時間                   |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 予定時間:       |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| O <sub>2</sub>       |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 術者          |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 助手          |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 全身管理<br>担当者 |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| Symbols              |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | Remarks     |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 手術開始・終了 ◎            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 麻酔開始・終了 ×            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 200                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 150                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 血圧(mmHg) ∨           |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | Summary     |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| ∧                    |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 脈拍(回/分) ●            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 100                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 50                   |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| SpO <sub>2</sub> (%) |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 手術時間:       |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 呼吸数(回/分)             |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  | 麻酔時間: |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 輸 液                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 出 血                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | ml          |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | g           |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |

麻 醉 管 理 記 録 (例)

日本歯科麻酔学会

|                      |  |  |                            |  |  |                            |  |  |       |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |       |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |
|----------------------|--|--|----------------------------|--|--|----------------------------|--|--|-------|--|--|----------------|--|--|--|--|--|--|--|-------------|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|-----------------|--|--|
| No                   |  |  | 氏名                         |  |  | 症例No.115                   |  |  | 歳     |  |  | 既往歴・内服薬・検査所見など |  |  |  |  |  |  |  |             |       |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |
| 処置日 20    —    —     |  |  | 身長                      cm |  |  | 体重                      kg |  |  | 男 ・ 女 |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |       |  |  |  |  |  |  |  |  | ASA : 1・2・3・4・E |  |  |
| 診断名                  |  |  |                            |  |  | 治療内容                       |  |  |       |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |       |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |
| 時間                   |  |  |                            |  |  |                            |  |  |       |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             | 予定時間: |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |
| O <sub>2</sub>       |  |  |                            |  |  |                            |  |  |       |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 術者          |       |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |
|                      |  |  |                            |  |  |                            |  |  |       |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |       |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |
|                      |  |  |                            |  |  |                            |  |  |       |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 助手          |       |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |
|                      |  |  |                            |  |  |                            |  |  |       |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |       |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |
|                      |  |  |                            |  |  |                            |  |  |       |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 全身管理<br>担当者 |       |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |
| Symbols              |  |  |                            |  |  |                            |  |  |       |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | Remarks     |       |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |
| 手術開始・終了 ◎            |  |  |                            |  |  |                            |  |  |       |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |       |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |
| 麻酔開始・終了 ×            |  |  |                            |  |  |                            |  |  |       |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |       |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |
| 200                  |  |  |                            |  |  |                            |  |  |       |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |       |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |
| 150                  |  |  |                            |  |  |                            |  |  |       |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |       |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |
| 血圧(mmHg) ∨           |  |  |                            |  |  |                            |  |  |       |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | Summary     |       |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |
| ∧                    |  |  |                            |  |  |                            |  |  |       |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |       |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |
| 脈拍(回/分) ●            |  |  |                            |  |  |                            |  |  |       |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |       |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |
| 100                  |  |  |                            |  |  |                            |  |  |       |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |       |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |
| 50                   |  |  |                            |  |  |                            |  |  |       |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |       |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |
| SpO <sub>2</sub> (%) |  |  |                            |  |  |                            |  |  |       |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |       |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |
| 呼吸数(回/分)             |  |  |                            |  |  |                            |  |  |       |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |       |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |
| 輸 液                  |  |  |                            |  |  |                            |  |  |       |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | ml 手術時間:    |       |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |
| 出 血                  |  |  |                            |  |  |                            |  |  |       |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | g 麻酔時間:     |       |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |

麻 醉 管 理 記 録 (例)

日本歯科麻酔学会

|                      |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|----------------------|--|-------------|--|----------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|-------|--|--|--|----------------|--|--|--|--|--|--|--|-------------|--|--|--|--|--|--|--|-----------------|--|--|--|
| No                   |  |             |  | 氏名                         |  |  |  | 症例No.116                   |  |  |  | 歳     |  |  |  | 既往歴・内服薬・検査所見など |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 処置日 20    —    —     |  |             |  | 身長                      cm |  |  |  | 体重                      kg |  |  |  | 男 ・ 女 |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  | ASA : 1・2・3・4・E |  |  |  |
| 診断名                  |  |             |  |                            |  |  |  | 治療内容                       |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 時間                   |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 予定時間:       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| O <sub>2</sub>       |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 術者          |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 助手          |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 全身管理<br>担当者 |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| Symbols              |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | Remarks     |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 手術開始・終了 ◎            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 麻酔開始・終了 ×            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 血圧(mmHg) ∨           |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 脈拍(回/分) ●            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 200                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | Summary     |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 150                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 100                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 50                   |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| SpO <sub>2</sub> (%) |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 呼吸数(回/分)             |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 輸 液                  |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | ml 手術時間:    |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 出 血                  |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | g 麻酔時間:     |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |

麻 醉 管 理 記 録 (例)

日本歯科麻酔学会

|                      |  |  |  |    |  |  |  |          |  |  |  |      |  |  |  |    |  |  |  |    |  |  |  |    |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|----------------------|--|--|--|----|--|--|--|----------|--|--|--|------|--|--|--|----|--|--|--|----|--|--|--|----|--|--|--|-----|--|--|--|-----------------|--|--|--|--|--|--|--|----------------|--|--|--|--|--|--|--|-------|--|--|--|---------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| No                   |  |  |  | 氏名 |  |  |  | 症例No.117 |  |  |  |      |  |  |  |    |  |  |  |    |  |  |  | 歳  |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  | 既往歴・内服薬・検査所見など |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 処置日 20               |  |  |  | —  |  |  |  | —        |  |  |  | 身長   |  |  |  | cm |  |  |  | 体重 |  |  |  | kg |  |  |  | 男・女 |  |  |  | ASA : 1・2・3・4・E |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 診断名                  |  |  |  |    |  |  |  |          |  |  |  | 治療内容 |  |  |  |    |  |  |  |    |  |  |  |    |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 時間                   |  |  |  |    |  |  |  |          |  |  |  |      |  |  |  |    |  |  |  |    |  |  |  |    |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 予定時間: |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| O <sub>2</sub>       |  |  |  | ℓ  |  |  |  |          |  |  |  |      |  |  |  |    |  |  |  |    |  |  |  |    |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  | 術者      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                      |  |  |  |    |  |  |  |          |  |  |  |      |  |  |  |    |  |  |  |    |  |  |  |    |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                      |  |  |  |    |  |  |  |          |  |  |  |      |  |  |  |    |  |  |  |    |  |  |  |    |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  | 助手      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                      |  |  |  |    |  |  |  |          |  |  |  |      |  |  |  |    |  |  |  |    |  |  |  |    |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                      |  |  |  |    |  |  |  |          |  |  |  |      |  |  |  |    |  |  |  |    |  |  |  |    |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  | 全身管理    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                      |  |  |  |    |  |  |  |          |  |  |  |      |  |  |  |    |  |  |  |    |  |  |  |    |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  | 担当者     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Symbols              |  |  |  |    |  |  |  |          |  |  |  |      |  |  |  |    |  |  |  |    |  |  |  |    |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  | Remarks |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 手術開始・終了 ◎            |  |  |  |    |  |  |  |          |  |  |  |      |  |  |  |    |  |  |  |    |  |  |  |    |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 麻酔開始・終了 ×            |  |  |  |    |  |  |  |          |  |  |  |      |  |  |  |    |  |  |  |    |  |  |  |    |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 200                  |  |  |  |    |  |  |  |          |  |  |  |      |  |  |  |    |  |  |  |    |  |  |  |    |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 150                  |  |  |  |    |  |  |  |          |  |  |  |      |  |  |  |    |  |  |  |    |  |  |  |    |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 100                  |  |  |  |    |  |  |  |          |  |  |  |      |  |  |  |    |  |  |  |    |  |  |  |    |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 50                   |  |  |  |    |  |  |  |          |  |  |  |      |  |  |  |    |  |  |  |    |  |  |  |    |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| SpO <sub>2</sub> (%) |  |  |  |    |  |  |  |          |  |  |  |      |  |  |  |    |  |  |  |    |  |  |  |    |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 呼吸数(回/分)             |  |  |  |    |  |  |  |          |  |  |  |      |  |  |  |    |  |  |  |    |  |  |  |    |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 輸液                   |  |  |  |    |  |  |  |          |  |  |  |      |  |  |  |    |  |  |  |    |  |  |  |    |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  | ml      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 出血                   |  |  |  |    |  |  |  |          |  |  |  |      |  |  |  |    |  |  |  |    |  |  |  |    |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  | g       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

麻 醉 管 理 記 録（例）

日本歯科麻酔学会

|                      |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
|----------------------|--|-------------|--|----------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|-----|--|--|--|----------------|--|--|--|--|--|--|--|-------------|--|-------|--|--|--|--|--|---------------|--|--|--|
| No                   |  |             |  | 氏名                         |  |  |  | 症例No.118                   |  |  |  | 歳   |  |  |  | 既往歴・内服薬・検査所見など |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
| 処置日 20    —    —     |  |             |  | 身長                      cm |  |  |  | 体重                      kg |  |  |  | 男・女 |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  | ASA：1・2・3・4・E |  |  |  |
| 診断名                  |  |             |  |                            |  |  |  | 治療内容                       |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
| 時間                   |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 予定時間：       |  |       |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
| O <sub>2</sub>       |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 術者          |  |       |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 助手          |  |       |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 全身管理<br>担当者 |  |       |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
| Symbols              |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | Remarks     |  |       |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
| 手術開始・終了 ◎            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
| 麻酔開始・終了 ×            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
| 200                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
| 150                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
| 血圧(mmHg) ∨           |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | Summary     |  |       |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
| ∧                    |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
| 脈拍(回/分) ●            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
| 100                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
| 50                   |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
| SpO <sub>2</sub> (%) |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 手術時間：       |  |       |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
| 呼吸数(回/分)             |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  | 麻酔時間： |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
| 輸 液                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
| 出 血                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | ml          |  |       |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | g           |  |       |  |  |  |  |  |               |  |  |  |

麻 醉 管 理 記 録 (例)

日本歯科麻酔学会

|                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|-------|--|--|--|----------------|--|--|--|-------------|--|--|--|------------|--|--|--|--|--|--|--|-----------------|--|--|--|
| No                     |  |  |  | 氏名                         |  |  |  | 症例No.119                   |  |  |  | 歳     |  |  |  | 既往歴・内服薬・検査所見など |  |  |  |             |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 処置日 20    —    —       |  |  |  | 身長                      cm |  |  |  | 体重                      kg |  |  |  | 男 ・ 女 |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  | ASA : 1・2・3・4・E |  |  |  |
| 診断名                    |  |  |  |                            |  |  |  | 治療内容                       |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 時間                     |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  | 予定時間:      |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| O <sub>2</sub>         |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  | 術者          |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  | 助手          |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  | 全身管理<br>担当者 |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| Symbols                |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  | Remarks     |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 手術開始・終了 ◎<br>麻酔開始・終了 × |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 200                    |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  | Summary     |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 150                    |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 100                    |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 50                     |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| SpO <sub>2</sub> (%)   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  | 手術時間:<br>ml |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 呼吸数(回/分)               |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  | 麻酔時間:<br>g |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 輸 液                    |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 出 血                    |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |

麻 醉 管 理 記 録 (例)

日本歯科麻酔学会

|                      |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |    |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|----------------------|--|-------------|--|----------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|-------|--|--|--|----------------|--|--|--|--|--|----|--|-------------|--|--|--|--|--|--|--|-----------------|--|--|--|
| No                   |  |             |  | 氏名                         |  |  |  | 症例No.120                   |  |  |  | 歳     |  |  |  | 既往歴・内服薬・検査所見など |  |  |  |  |  |    |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 処置日 20    —    —     |  |             |  | 身長                      cm |  |  |  | 体重                      kg |  |  |  | 男 ・ 女 |  |  |  |                |  |  |  |  |  |    |  |             |  |  |  |  |  |  |  | ASA : 1・2・3・4・E |  |  |  |
| 診断名                  |  |             |  |                            |  |  |  | 治療内容                       |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |    |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 時間                   |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |    |  | 予定時間:       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| O <sub>2</sub>       |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  | ℓ  |  | 術者          |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |    |  | 助手          |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |    |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |    |  | 全身管理<br>担当者 |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |    |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| Symbols              |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |    |  | Remarks     |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 手術開始・終了 ◎            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |    |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 麻酔開始・終了 ×            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |    |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 200                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |    |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 150                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |    |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 血圧(mmHg) ∨           |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |    |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 脈拍(回/分) ●            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |    |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 100                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |    |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 50                   |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |    |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| SpO <sub>2</sub> (%) |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |    |  | Summary     |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 呼吸数(回/分)             |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |    |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 輸 液                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |    |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 出 血                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |    |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  | ml |  | 手術時間:       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  | g  |  | 麻酔時間:       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |



麻 醉 管 理 記 録 (例)

日本歯科麻酔学会

|                      |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|----------------------|--|-------------|--|----------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|-------|--|--|--|----------------|--|--|--|--|--|--|--|-------------|--|--|--|--|--|--|--|-----------------|--|--|--|
| No                   |  |             |  | 氏名                         |  |  |  | 症例No.121                   |  |  |  | 歳     |  |  |  | 既往歴・内服薬・検査所見など |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 処置日 20    —    —     |  |             |  | 身長                      cm |  |  |  | 体重                      kg |  |  |  | 男 ・ 女 |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  | ASA : 1・2・3・4・E |  |  |  |
| 診断名                  |  |             |  |                            |  |  |  | 治療内容                       |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 時間                   |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 予定時間:       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| O <sub>2</sub>       |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 術者          |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 助手          |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 全身管理<br>担当者 |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| Symbols              |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | Remarks     |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 手術開始・終了 ◎            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 麻酔開始・終了 ×            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 200                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 150                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 血圧(mmHg) ∨           |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | Summary     |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 脈拍(回/分) ●            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 100                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 50                   |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| SpO <sub>2</sub> (%) |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 呼吸数(回/分)             |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 輸 液                  |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | ml 手術時間:    |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 出 血                  |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | g 麻酔時間:     |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |

麻 醉 管 理 記 録 (例)

日本歯科麻酔学会

|                      |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|----------------------|--|-------------|--|----------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|-------|--|--|--|----------------|--|--|--|--|--|--|--|----------------|--|--|--|--|--|--|--|-----------------|--|--|--|
| No                   |  |             |  | 氏名                         |  |  |  | 症例No.122                   |  |  |  | 歳     |  |  |  | 既往歴・内服薬・検査所見など |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 処置日 20    —    —     |  |             |  | 身長                      cm |  |  |  | 体重                      kg |  |  |  | 男 ・ 女 |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | ASA : 1・2・3・4・E |  |  |  |
| 診断名                  |  |             |  |                            |  |  |  | 治療内容                       |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 時間                   |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 予定時間:          |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| O <sub>2</sub>       |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 術者             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 助手             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 全身管理<br>担当者    |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| Symbols              |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | Remarks        |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 手術開始・終了 ◎            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 麻酔開始・終了 ×            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 200                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 150                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 血圧(mmHg) ∨           |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | Summary        |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| ∧                    |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 脈拍(回/分) ●            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 100                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 50                   |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| SpO <sub>2</sub> (%) |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 手術時間:<br>麻酔時間: |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 呼吸数(回/分)             |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 輸 液                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 出 血                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |

麻 醉 管 理 記 録 (例)

日本歯科麻酔学会

|                      |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|----------------------|--|-------------|--|----------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|-------|--|--|--|----------------|--|--|--|--|--|--|--|----------------|--|--|--|--|--|--|--|-----------------|--|--|--|
| No                   |  |             |  | 氏名                         |  |  |  | 症例No.123                   |  |  |  | 歳     |  |  |  | 既往歴・内服薬・検査所見など |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 処置日 20    —    —     |  |             |  | 身長                      cm |  |  |  | 体重                      kg |  |  |  | 男 ・ 女 |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | ASA : 1・2・3・4・E |  |  |  |
| 診断名                  |  |             |  |                            |  |  |  | 治療内容                       |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 時間                   |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 予定時間:          |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| O <sub>2</sub>       |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 術者             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 助手             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 全身管理<br>担当者    |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| Symbols              |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | Remarks        |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 手術開始・終了 ◎            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 麻酔開始・終了 ×            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 200                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 150                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 血圧(mmHg) ∨           |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | Summary        |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| ∧                    |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 脈拍(回/分) ●            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 100                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 50                   |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| SpO <sub>2</sub> (%) |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 手術時間:<br>麻酔時間: |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 呼吸数(回/分)             |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 輸 液                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 出 血                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |

麻 醉 管 理 記 録 (例)

日本歯科麻酔学会

|                        |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|------------------------|--|-------------|--|----------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|-------|--|--|--|----------------|--|--|--|--|--|--|--|-------------|--|--|--|--|--|--|--|-----------------|--|--|--|
| No                     |  |             |  | 氏名                         |  |  |  | 症例No.124                   |  |  |  | 歳     |  |  |  | 既往歴・内服薬・検査所見など |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 処置日 20    —    —       |  |             |  | 身長                      cm |  |  |  | 体重                      kg |  |  |  | 男 ・ 女 |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  | ASA : 1・2・3・4・E |  |  |  |
| 診断名                    |  |             |  |                            |  |  |  | 治療内容                       |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 時間                     |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 予定時間:       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| O <sub>2</sub>         |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 術者          |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                        |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 助手          |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                        |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 全身管理<br>担当者 |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| Symbols                |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | Remarks     |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 手術開始・終了 ◎<br>麻酔開始・終了 × |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 200                    |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 150                    |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 100                    |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 50                     |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| SpO <sub>2</sub> (%)   |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | Summary     |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 呼吸数(回/分)               |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 輸 液                    |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 出 血                    |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                        |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                        |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 手術時間:       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                        |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 麻酔時間:       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |

## 麻 醉 管 理 記 録 (例)

日本歯科麻酔学会

[illegible]

麻 醉 管 理 記 録 (例)

日本歯科麻酔学会

|                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|-------|--|--|--|----------------|--|--|--|-------------|--|--|--|-------|--|--|--|--|--|--|--|-----------------|--|--|--|
| No                     |  |  |  | 氏名                         |  |  |  | 症例No.126                   |  |  |  | 歳     |  |  |  | 既往歴・内服薬・検査所見など |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 処置日 20    —    —       |  |  |  | 身長                      cm |  |  |  | 体重                      kg |  |  |  | 男 ・ 女 |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  | ASA : 1・2・3・4・E |  |  |  |
| 診断名                    |  |  |  |                            |  |  |  | 治療内容                       |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 時間                     |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  | 予定時間: |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| O <sub>2</sub>         |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  | 術者          |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  | 助手          |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  | 全身管理<br>担当者 |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| Symbols                |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  | Remarks     |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 手術開始・終了 ◎<br>麻酔開始・終了 × |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 200                    |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  | Summary     |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 150                    |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 血圧(mmHg) ∨<br>∧        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 脈拍(回/分) ●              |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 100                    |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 50                     |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| SpO <sub>2</sub> (%)   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 呼吸数(回/分)               |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 輸 液                    |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  | ml 手術時間:    |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 出 血                    |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  | g 麻酔時間:     |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |

## 麻 醉 管 理 記 録 (例)

日本歯科麻酔学会

|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |       |  |  |  |
|----------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|-------|--|--|--|-----------------|--|--|--|--|--|--|--|----------------|--|--|--|--|--|--|--|-------|--|--|--|-------------|--|--|--|-------|--|--|--|-------|--|--|--|
| No                   |  |  |  | 氏名                         |  |  |  | 症例No.127                   |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  | 既往歴・内服薬・検査所見など |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |       |  |  |  |
| 処置日 20      —      — |  |  |  | 身長                      cm |  |  |  | 体重                      kg |  |  |  | 男 ・ 女 |  |  |  | ASA : 1・2・3・4・E |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |       |  |  |  |
| 診断名                  |  |  |  |                            |  |  |  | 治療内容                       |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |       |  |  |  |
| 時間                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 予定時間: |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |       |  |  |  |
| O <sub>2</sub>       |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  | 術者          |  |  |  |       |  |  |  |       |  |  |  |
|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |       |  |  |  |
|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  | 助手          |  |  |  |       |  |  |  |       |  |  |  |
|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |       |  |  |  |
|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  | 全身管理<br>担当者 |  |  |  |       |  |  |  |       |  |  |  |
| Symbols              |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  | Remarks     |  |  |  |       |  |  |  |       |  |  |  |
| 手術開始・終了 ◎            |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |       |  |  |  |
| 麻酔開始・終了 ×            |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |       |  |  |  |
| 200                  |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |       |  |  |  |
| 150                  |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |       |  |  |  |
| 100                  |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |       |  |  |  |
| 50                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |       |  |  |  |
| SpO <sub>2</sub> (%) |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |       |  |  |  |
| 呼吸数(回/分)             |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |       |  |  |  |
| 輸 液                  |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  | ml    |  |  |  | 手術時間: |  |  |  |
| 出 血                  |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  | g           |  |  |  | 麻酔時間: |  |  |  |       |  |  |  |

麻 醉 管 理 記 録（例）

日本歯科麻酔学会

|                      |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
|----------------------|--|-------------|--|----------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|-----|--|--|--|----------------|--|--|--|--|--|--|--|----------------|--|--|--|--|--|--|--|---------------|--|--|--|
| No                   |  |             |  | 氏名                         |  |  |  | 症例No.128                   |  |  |  | 歳   |  |  |  | 既往歴・内服薬・検査所見など |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
| 処置日 20    —    —     |  |             |  | 身長                      cm |  |  |  | 体重                      kg |  |  |  | 男・女 |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | ASA：1・2・3・4・E |  |  |  |
| 診断名                  |  |             |  |                            |  |  |  | 治療内容                       |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
| 時間                   |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 予定時間：          |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
| O <sub>2</sub>       |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 術者             |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 助手             |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 全身管理<br>担当者    |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
| Symbols              |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | Remarks        |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
| 手術開始・終了 ◎            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
| 麻酔開始・終了 ×            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
| 200                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
| 150                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
| 血圧(mmHg) ∨           |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | Summary        |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
| ∧                    |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
| 脈拍(回/分) ●            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
| 100                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
| 50                   |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
| SpO <sub>2</sub> (%) |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 手術時間：<br>麻酔時間： |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
| 呼吸数(回/分)             |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
| 輸 液                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
| 出 血                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |



麻 醉 管 理 記 録 (例)

日本歯科麻酔学会

|                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|-------|--|--|--|----------------|--|--|--|-------------|--|--|--|-------|--|--|--|--|--|--|--|-----------------|--|--|--|
| No                     |  |  |  | 氏名                         |  |  |  | 症例No.129                   |  |  |  | 歳     |  |  |  | 既往歴・内服薬・検査所見など |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 処置日 20    —    —       |  |  |  | 身長                      cm |  |  |  | 体重                      kg |  |  |  | 男 ・ 女 |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  | ASA : 1・2・3・4・E |  |  |  |
| 診断名                    |  |  |  |                            |  |  |  | 治療内容                       |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 時間                     |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  | 予定時間: |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| O <sub>2</sub>         |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  | 術者          |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  | 助手          |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  | 全身管理<br>担当者 |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| Symbols                |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  | Remarks     |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 手術開始・終了 ◎<br>麻酔開始・終了 × |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 200                    |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  | Summary     |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 150                    |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 100                    |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 50                     |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| SpO <sub>2</sub> (%)   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 呼吸数(回/分)               |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 輸 液                    |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  | ml 手術時間:    |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 出 血                    |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  | g 麻酔時間:     |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |

麻 醉 管 理 記 録 (例)

日本歯科麻酔学会

|                      |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|----------------------|--|-------------|--|----------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|-------|--|--|--|----------------|--|--|--|--|--|--|--|-------------|--|-------|--|--|--|--|--|-----------------|--|--|--|
| No                   |  |             |  | 氏名                         |  |  |  | 症例No.130                   |  |  |  | 歳     |  |  |  | 既往歴・内服薬・検査所見など |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 処置日 20    —    —     |  |             |  | 身長                      cm |  |  |  | 体重                      kg |  |  |  | 男 ・ 女 |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  | ASA : 1・2・3・4・E |  |  |  |
| 診断名                  |  |             |  |                            |  |  |  | 治療内容                       |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 時間                   |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 予定時間:       |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| O <sub>2</sub>       |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 術者          |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 助手          |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 全身管理<br>担当者 |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| Symbols              |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | Remarks     |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 手術開始・終了 ◎            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 麻酔開始・終了 ×            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 200                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 150                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 血圧(mmHg) ∨           |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | Summary     |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| ∧                    |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 脈拍(回/分) ●            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 100                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 50                   |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| SpO <sub>2</sub> (%) |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 手術時間:       |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 呼吸数(回/分)             |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  | 麻酔時間: |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 輸 液                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 出 血                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | ml          |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | g           |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |

麻 醉 管 理 記 録（例）

日本歯科麻酔学会

|                      |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |         |  |             |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
|----------------------|--|-------------|--|----------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|-----|--|--|--|----------------|--|--|--|--|--|--|--|---------|--|-------------|--|--|--|--|--|---------------|--|--|--|
| No                   |  |             |  | 氏名                         |  |  |  | 症例No.131                   |  |  |  | 歳   |  |  |  | 既往歴・内服薬・検査所見など |  |  |  |  |  |  |  |         |  |             |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
| 処置日 20    —    —     |  |             |  | 身長                      cm |  |  |  | 体重                      kg |  |  |  | 男・女 |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |         |  |             |  |  |  |  |  | ASA：1・2・3・4・E |  |  |  |
| 診断名                  |  |             |  |                            |  |  |  | 治療内容                       |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |         |  |             |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
| 時間                   |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 予定時間：   |  |             |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
| O <sub>2</sub>       |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | ℓ       |  | 術者          |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |         |  | 助手          |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |         |  |             |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |         |  | 全身管理<br>担当者 |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |         |  |             |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
| Symbols              |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | Remarks |  |             |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
| 手術開始・終了 ◎            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |         |  |             |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
| 麻酔開始・終了 ×            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |         |  |             |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
| 200                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |         |  |             |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
| 150                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |         |  |             |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
| 血圧(mmHg) ∨           |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |         |  |             |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
| ∧                    |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |         |  |             |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
| 脈拍(回/分) ●            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |         |  |             |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
| 100                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |         |  |             |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
| 50                   |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |         |  |             |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
| SpO <sub>2</sub> (%) |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | Summary |  |             |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
| 呼吸数(回/分)             |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |         |  |             |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
| 輸 液                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |         |  |             |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
| 出 血                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |         |  |             |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |         |  |             |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
|                      |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | ml      |  | 手術時間：       |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
|                      |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | g       |  | 麻酔時間：       |  |  |  |  |  |               |  |  |  |

## 麻 醉 管 理 記 録 (例)

日本歯科麻酔学会

|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|----------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|-------|--|--|--|-----------------|--|--|--|--|--|--|--|----------------|--|--|--|--|--|--|--|-------|--|--|--|-------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| No                   |  |  |  | 氏名                         |  |  |  | 症例No.132                   |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  | 既往歴・内服薬・検査所見など |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 処置日 20      —      — |  |  |  | 身長                      cm |  |  |  | 体重                      kg |  |  |  | 男 ・ 女 |  |  |  | ASA : 1・2・3・4・E |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 診断名                  |  |  |  |                            |  |  |  | 治療内容                       |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 時間                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 予定時間: |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| O <sub>2</sub>       |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  | 術者          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  | 助手          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  | 全身管理<br>担当者 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Symbols              |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  | Remarks     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 手術開始・終了 ◎            |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 麻酔開始・終了 ×            |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 200                  |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 150                  |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  | Summary     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 手術開始・終了 ◎            |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 麻酔開始・終了 ×            |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 200                  |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 150                  |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 手術開始・終了 ◎            |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 麻酔開始・終了 ×            |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 200                  |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 150                  |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 手術開始・終了 ◎            |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 麻酔開始・終了 ×            |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 200                  |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 150                  |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 手術開始・終了 ◎            |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 麻酔開始・終了 ×            |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 200                  |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 150                  |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 手術開始・終了 ◎            |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 麻酔開始・終了 ×            |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 200                  |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 150                  |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 手術開始・終了 ◎            |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 麻酔開始・終了 ×            |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 200                  |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 150                  |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 手術開始・終了 ◎            |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 麻酔開始・終了 ×            |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 200                  |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 150                  |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 手術開始・終了 ◎            |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 麻酔開始・終了 ×            |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 200                  |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 150                  |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 手術開始・終了 ◎            |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 麻酔開始・終了 ×            |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 200                  |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 150                  |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 手術開始・終了 ◎            |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 麻酔開始・終了 ×            |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 200                  |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 150                  |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 手術開始・終了 ◎            |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 麻酔開始・終了 ×            |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 200                  |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 150                  |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 手術開始・終了 ◎            |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 麻酔開始・終了 ×            |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 200                  |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 150                  |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 手術開始・終了 ◎            |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 麻酔開始・終了 ×            |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 200                  |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 150                  |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 手術開始・終了 ◎            |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 麻酔開始・終了 ×            |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 200                  |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 150                  |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 手術開始・終了 ◎            |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 麻酔開始・終了 ×            |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 200                  |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 150                  |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 手術開始・終了 ◎            |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 麻酔開始・終了 ×            |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 200                  |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 150                  |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 手術開始・終了 ◎            |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 麻酔開始・終了 ×            |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 200                  |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 150                  |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 手術開始・終了 ◎            |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 麻酔開始・終了 ×            |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 200                  |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 150                  |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 手術開始・終了 ◎            |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 麻酔開始・終了 ×            |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 200                  |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 150                  |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 手術開始・終了 ◎            |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 麻酔開始・終了 ×            |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 200                  |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 150                  |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 手術開始・終了 ◎            |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 麻酔開始・終了 ×            |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 200                  |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 150                  |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 手術開始・終了 ◎            |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 麻酔開始・終了 ×            |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 200                  |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 150                  |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 手術開始・終了 ◎            |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 麻酔開始・終了 ×            |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 200                  |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 150                  |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 手術開始・終了 ◎            |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 麻酔開始・終了 ×            |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 200                  |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 150                  |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 手術開始・終了 ◎            |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 麻酔開始・終了 ×            |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 200                  |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 150                  |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 手術開始・終了 ◎            |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 麻酔開始・終了 ×            |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 200                  |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 150                  |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 手術開始・終了 ◎            |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 麻酔開始・終了 ×            |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 200                  |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 150                  |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 手術開始・終了 ◎            |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 麻酔開始・終了 ×            |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 200                  |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 150                  |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 手術開始・終了 ◎            |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 麻酔開始・終了 ×            |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 200                  |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 150                  |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 手術開始・終了 ◎            |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 麻酔開始・終了 ×            |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 200                  |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 150                  |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 手術開始・終了 ◎            |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 麻酔開始・終了 ×            |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 200                  |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

麻 醉 管 理 記 録 (例)

日本歯科麻酔学会

|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |             |  |       |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|----------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|-------|--|--|--|----------------|--|--|--|--|--|-------------|--|-------|--|-------|--|--|--|--|--|-----------------|--|--|--|
| No                   |  |  |  | 氏名                         |  |  |  | 症例No.133                   |  |  |  | 歳     |  |  |  | 既往歴・内服薬・検査所見など |  |  |  |  |  |             |  |       |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 処置日 20    —    —     |  |  |  | 身長                      cm |  |  |  | 体重                      kg |  |  |  | 男 ・ 女 |  |  |  |                |  |  |  |  |  |             |  |       |  |       |  |  |  |  |  | ASA : 1・2・3・4・E |  |  |  |
| 診断名                  |  |  |  |                            |  |  |  | 治療内容                       |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |             |  |       |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 時間                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |             |  | 予定時間: |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| O <sub>2</sub>       |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  | 術者          |  |       |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |             |  |       |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  | 助手          |  |       |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |             |  |       |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  | 全身管理<br>担当者 |  |       |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| Symbols              |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  | Remarks     |  |       |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 手術開始・終了 ◎            |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |             |  |       |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 麻酔開始・終了 ×            |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |             |  |       |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 200                  |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |             |  |       |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 150                  |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |             |  |       |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 100                  |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |             |  |       |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 50                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |             |  |       |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| SpO <sub>2</sub> (%) |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |             |  |       |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 呼吸数(回/分)             |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |             |  |       |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 輸 液                  |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |             |  | ml    |  | 手術時間: |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 出 血                  |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  | g           |  | 麻酔時間: |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |

## 麻 醉 管 理 記 録 (例)

日本歯科麻酔学会

[illegible]

麻 醉 管 理 記 録 (例)

日本歯科麻酔学会

|                      |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |
|----------------------|--|-------------|--|----------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|-------|--|--|--|----------------|--|--|--|--|--|--|--|-------------|--|-------|--|-------|--|--|--|-----------------|--|--|--|
| No                   |  |             |  | 氏名                         |  |  |  | 症例No.135                   |  |  |  | 歳     |  |  |  | 既往歴・内服薬・検査所見など |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |
| 処置日 20    —    —     |  |             |  | 身長                      cm |  |  |  | 体重                      kg |  |  |  | 男 ・ 女 |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |       |  |  |  | ASA : 1・2・3・4・E |  |  |  |
| 診断名                  |  |             |  |                            |  |  |  | 治療内容                       |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |
| 時間                   |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 予定時間:       |  |       |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |
| O <sub>2</sub>       |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 術者          |  |       |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 助手          |  |       |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 全身管理<br>担当者 |  |       |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |
| Symbols              |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | Remarks     |  |       |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |
| 手術開始・終了 ◎            |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |
| 麻酔開始・終了 ×            |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |
| 200                  |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |
| 150                  |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |
| 100                  |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |
| 50                   |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |
| SpO <sub>2</sub> (%) |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |
| 呼吸数(回/分)             |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |
| 輸 液                  |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  | ml    |  | 手術時間: |  |  |  |                 |  |  |  |
| 出 血                  |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | g           |  | 麻酔時間: |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |

麻 醉 管 理 記 録 (例)

日本歯科麻酔学会

|                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|-------|--|--|--|----------------|--|--|--|-------------|--|--|--|-------|--|--|--|--|--|--|--|-----------------|--|--|--|
| No                     |  |  |  | 氏名                         |  |  |  | 症例No.136                   |  |  |  | 歳     |  |  |  | 既往歴・内服薬・検査所見など |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 処置日 20    —    —       |  |  |  | 身長                      cm |  |  |  | 体重                      kg |  |  |  | 男 ・ 女 |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  | ASA : 1・2・3・4・E |  |  |  |
| 診断名                    |  |  |  |                            |  |  |  | 治療内容                       |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 時間                     |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  | 予定時間: |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| O <sub>2</sub>         |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  | 術者          |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  | 助手          |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  | 全身管理<br>担当者 |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| Symbols                |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  | Remarks     |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 手術開始・終了 ◎<br>麻酔開始・終了 × |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 200                    |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  | Summary     |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 150                    |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 100                    |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 50                     |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| SpO <sub>2</sub> (%)   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 呼吸数(回/分)               |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 輸 液                    |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  | ml 手術時間:    |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 出 血                    |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  | g 麻酔時間:     |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |



麻 醉 管 理 記 録 (例)

日本歯科麻酔学会

|                      |  |  |                            |  |  |                            |  |  |       |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |
|----------------------|--|--|----------------------------|--|--|----------------------------|--|--|-------|--|--|----------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-------------|--|-------|--|--|--|--|--|-----------------|--|--|
| No                   |  |  | 氏名                         |  |  | 症例No.137                   |  |  | 歳     |  |  | 既往歴・内服薬・検査所見など |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |
| 処置日 20    —    —     |  |  | 身長                      cm |  |  | 体重                      kg |  |  | 男 ・ 女 |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  | ASA : 1・2・3・4・E |  |  |
| 診断名                  |  |  |                            |  |  | 治療内容                       |  |  |       |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |
| 時間                   |  |  |                            |  |  |                            |  |  |       |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |  | 予定時間: |  |  |  |  |  |                 |  |  |
| O <sub>2</sub>       |  |  |                            |  |  |                            |  |  |       |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 術者          |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |
|                      |  |  |                            |  |  |                            |  |  |       |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |
|                      |  |  |                            |  |  |                            |  |  |       |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 助手          |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |
|                      |  |  |                            |  |  |                            |  |  |       |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |
|                      |  |  |                            |  |  |                            |  |  |       |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 全身管理<br>担当者 |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |
| Symbols              |  |  |                            |  |  |                            |  |  |       |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Remarks     |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |
| 手術開始・終了 ◎            |  |  |                            |  |  |                            |  |  |       |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |
| 麻酔開始・終了 ×            |  |  |                            |  |  |                            |  |  |       |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |
| 200                  |  |  |                            |  |  |                            |  |  |       |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |
| 150                  |  |  |                            |  |  |                            |  |  |       |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |
| 血圧(mmHg) ∨           |  |  |                            |  |  |                            |  |  |       |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Summary     |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |
| ∧                    |  |  |                            |  |  |                            |  |  |       |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |
| 脈拍(回/分) ●            |  |  |                            |  |  |                            |  |  |       |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |
| 100                  |  |  |                            |  |  |                            |  |  |       |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |
| 50                   |  |  |                            |  |  |                            |  |  |       |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |
| SpO <sub>2</sub> (%) |  |  |                            |  |  |                            |  |  |       |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |
| 呼吸数(回/分)             |  |  |                            |  |  |                            |  |  |       |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |
| 輸 液                  |  |  |                            |  |  |                            |  |  |       |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  | ml 手術時間:    |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |
| 出 血                  |  |  |                            |  |  |                            |  |  |       |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  | g 麻酔時間:     |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |

麻 醉 管 理 記 録 (例)

日本歯科麻酔学会

|                      |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|----------------------|--|-------------|--|----------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|-------|--|--|--|----------------|--|--|--|--|--|--|--|-------------|--|--|--|--|--|--|--|-----------------|--|--|--|
| No                   |  |             |  | 氏名                         |  |  |  | 症例No.138                   |  |  |  | 歳     |  |  |  | 既往歴・内服薬・検査所見など |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 処置日 20    —    —     |  |             |  | 身長                      cm |  |  |  | 体重                      kg |  |  |  | 男 ・ 女 |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  | ASA : 1・2・3・4・E |  |  |  |
| 診断名                  |  |             |  |                            |  |  |  | 治療内容                       |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 時間                   |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 予定時間:       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| O <sub>2</sub>       |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 術者          |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 助手          |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 全身管理<br>担当者 |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| Symbols              |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | Remarks     |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 手術開始・終了 ◎            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 麻酔開始・終了 ×            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 150                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 200                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 血圧(mmHg) ∨           |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | Summary     |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 脈拍(回/分) ●            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 100                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 50                   |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| SpO <sub>2</sub> (%) |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 呼吸数(回/分)             |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 輸 液                  |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | ml 手術時間:    |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 出 血                  |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | g 麻酔時間:     |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |

麻 醉 管 理 記 録 (例)

日本歯科麻酔学会

|                      |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|----------------------|--|-------------|--|----------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|-------|--|--|--|----------------|--|--|--|--|--|--|--|-------------|--|-------|--|--|--|--|--|-----------------|--|--|--|
| No                   |  |             |  | 氏名                         |  |  |  | 症例No.139                   |  |  |  | 歳     |  |  |  | 既往歴・内服薬・検査所見など |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 処置日 20    —    —     |  |             |  | 身長                      cm |  |  |  | 体重                      kg |  |  |  | 男 ・ 女 |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  | ASA : 1・2・3・4・E |  |  |  |
| 診断名                  |  |             |  |                            |  |  |  | 治療内容                       |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 時間                   |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 予定時間:       |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| O <sub>2</sub>       |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 術者          |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 助手          |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 全身管理<br>担当者 |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| Symbols              |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | Remarks     |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 手術開始・終了 ◎            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 麻酔開始・終了 ×            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 200                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 150                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 血圧(mmHg) ∨           |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| ∧                    |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 脈拍(回/分) ●            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 100                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 50                   |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| SpO <sub>2</sub> (%) |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | Summary     |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 呼吸数(回/分)             |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 輸 液                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 出 血                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | ml          |  | 手術時間: |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | g           |  | 麻酔時間: |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |

麻 醉 管 理 記 録 (例)

日本歯科麻酔学会

|                      |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|----------------------|--|-------------|--|----------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|-------|--|--|--|----------------|--|--|--|--|--|--|--|-------------|--|--|--|--|--|--|--|-----------------|--|--|--|
| No                   |  |             |  | 氏名                         |  |  |  | 症例No.140                   |  |  |  | 歳     |  |  |  | 既往歴・内服薬・検査所見など |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 処置日 20    —    —     |  |             |  | 身長                      cm |  |  |  | 体重                      kg |  |  |  | 男 ・ 女 |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  | ASA : 1・2・3・4・E |  |  |  |
| 診断名                  |  |             |  |                            |  |  |  | 治療内容                       |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 時間                   |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 予定時間:       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| O <sub>2</sub>       |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 術者          |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 助手          |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 全身管理<br>担当者 |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| Symbols              |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | Remarks     |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 手術開始・終了 ◎            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 麻酔開始・終了 ×            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 200                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 150                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 血圧(mmHg) ∨           |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | Summary     |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| ∧                    |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 脈拍(回/分) ●            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 100                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 50                   |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| SpO <sub>2</sub> (%) |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 呼吸数(回/分)             |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 輸 液                  |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | ml 手術時間:    |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 出 血                  |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | g 麻酔時間:     |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |

麻 醉 管 理 記 録 (例)

日本歯科麻酔学会

|                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|-------|--|--|--|-----------------|--|--|--|-------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| No                     |  |  |  | 氏名                         |  |  |  | 症例No.141                   |  |  |  | 歳     |  |  |  | 既往歴・内服薬・検査所見など  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 処置日 20      —      —   |  |  |  | 身長                      cm |  |  |  | 体重                      kg |  |  |  | 男 ・ 女 |  |  |  | ASA : 1・2・3・4・E |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 診断名                    |  |  |  |                            |  |  |  | 治療内容                       |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 時間                     |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  | 予定時間:       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| O <sub>2</sub>         |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  | 術者          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  | 助手          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  | 全身管理<br>担当者 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Symbols                |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  | Remarks     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 手術開始・終了 ◎<br>麻酔開始・終了 × |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 200                    |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 150                    |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 100                    |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 50                     |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  | Summary     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| SpO <sub>2</sub> (%)   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 呼吸数(回/分)               |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 輸 液                    |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 出 血                    |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  | ml 手術時間:    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  | g 麻酔時間:     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

## 麻 醉 管 理 記 録 (例)

日本歯科麻醉学会

|                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
|------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|-------|--|--|--|-----------------|--|--|--|--|--|--|--|----------------|--|--|--|--|--|--|--|-------|--|--|--|-------------|--|--|--|-------|--|--|--|--|--|--|--|
| No                     |  |  |  | 氏名                         |  |  |  | 症例No.142                   |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  | 既往歴・内服薬・検査所見など |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
| 処置日 20      —      —   |  |  |  | 身長                      cm |  |  |  | 体重                      kg |  |  |  | 男 ・ 女 |  |  |  | ASA : 1・2・3・4・E |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
| 診断名                    |  |  |  |                            |  |  |  | 治療内容                       |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
| 時間                     |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 予定時間: |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
| O <sub>2</sub>         |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  | 術者          |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
|                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
|                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  | 助手          |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
|                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
|                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  | 全身管理<br>担当者 |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
| Symbols                |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  | Remarks     |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
| 手術開始・終了 ◎<br>麻酔開始・終了 × |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
| 200                    |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
| 150                    |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
| 100                    |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
| 50                     |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
| SpO <sub>2</sub> (%)   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  | Summary     |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
| 呼吸数(回/分)               |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
| 輸 液                    |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
| 出 血                    |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
|                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  | ml          |  |  |  | 手術時間: |  |  |  |  |  |  |  |
|                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  | g           |  |  |  | 麻酔時間: |  |  |  |  |  |  |  |

麻 醉 管 理 記 録 (例)

日本歯科麻酔学会

|                      |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|----------------------|--|-------------|--|----------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|-------|--|--|--|----------------|--|--|--|--|--|--|--|-------------|--|--|--|--|--|--|--|-----------------|--|--|--|
| No                   |  |             |  | 氏名                         |  |  |  | 症例No.143                   |  |  |  | 歳     |  |  |  | 既往歴・内服薬・検査所見など |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 処置日 20    —    —     |  |             |  | 身長                      cm |  |  |  | 体重                      kg |  |  |  | 男 ・ 女 |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  | ASA : 1・2・3・4・E |  |  |  |
| 診断名                  |  |             |  |                            |  |  |  | 治療内容                       |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 時間                   |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 予定時間:       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| O <sub>2</sub>       |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 術者          |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 助手          |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 全身管理<br>担当者 |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| Symbols              |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | Remarks     |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 手術開始・終了 ◎            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 麻酔開始・終了 ×            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 200                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 150                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 血圧(mmHg) ∨           |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | Summary     |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| ∧                    |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 脈拍(回/分) ●            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 100                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 50                   |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| SpO <sub>2</sub> (%) |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 呼吸数(回/分)             |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 輸 液                  |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | ml 手術時間:    |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 出 血                  |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | g 麻酔時間:     |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |

麻 醉 管 理 記 録 (例)

日本歯科麻酔学会

|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|----------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|-----|--|--|--|-----------------|--|--|--|-------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| No                   |  |  |  | 氏名                         |  |  |  | 症例No.144                   |  |  |  | 歳   |  |  |  | 既往歴・内服薬・検査所見など  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 処置日 20      —      — |  |  |  | 身長                      cm |  |  |  | 体重                      kg |  |  |  | 男・女 |  |  |  | ASA : 1・2・3・4・E |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 診断名                  |  |  |  |                            |  |  |  | 治療内容                       |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 時間                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  | 予定時間:       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| O <sub>2</sub>       |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  | 術者          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  | 助手          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  | 全身管理<br>担当者 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Symbols              |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  | Remarks     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 手術開始・終了 ◎            |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 麻酔開始・終了 ×            |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 200                  |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  | Summary     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 150                  |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 100                  |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 50                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| SpO <sub>2</sub> (%) |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 呼吸数(回/分)             |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 輸 液                  |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  | ml 手術時間:    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 出 血                  |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  | g 麻酔時間:     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |



麻 醉 管 理 記 録 (例)

日本歯科麻酔学会

|                      |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|----------------------|--|-------------|--|----------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|-------|--|--|--|----------------|--|--|--|--|--|--|--|-------------|--|--|--|--|--|--|--|-----------------|--|--|--|
| No                   |  |             |  | 氏名                         |  |  |  | 症例No.145                   |  |  |  | 歳     |  |  |  | 既往歴・内服薬・検査所見など |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 処置日 20    —    —     |  |             |  | 身長                      cm |  |  |  | 体重                      kg |  |  |  | 男 ・ 女 |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  | ASA : 1・2・3・4・E |  |  |  |
| 診断名                  |  |             |  |                            |  |  |  | 治療内容                       |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 時間                   |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 予定時間:       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| O <sub>2</sub>       |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 術者          |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 助手          |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 全身管理<br>担当者 |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| Symbols              |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | Remarks     |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 手術開始・終了 ◎            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 麻酔開始・終了 ×            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 200                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 150                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 血圧(mmHg) ∨           |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | Summary     |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| ∧                    |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 脈拍(回/分) ●            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 100                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 50                   |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| SpO <sub>2</sub> (%) |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 呼吸数(回/分)             |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 輸 液                  |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | ml 手術時間:    |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 出 血                  |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | g 麻酔時間:     |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |

麻 醉 管 理 記 録 (例)

日本歯科麻酔学会

|                      |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|----------------------|--|-------------|--|----------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|-------|--|--|--|----------------|--|--|--|--|--|--|--|-------------|--|-------|--|--|--|--|--|-----------------|--|--|--|
| No                   |  |             |  | 氏名                         |  |  |  | 症例No.146                   |  |  |  | 歳     |  |  |  | 既往歴・内服薬・検査所見など |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 処置日 20    —    —     |  |             |  | 身長                      cm |  |  |  | 体重                      kg |  |  |  | 男 ・ 女 |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  | ASA : 1・2・3・4・E |  |  |  |
| 診断名                  |  |             |  |                            |  |  |  | 治療内容                       |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 時間                   |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 予定時間:       |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| O <sub>2</sub>       |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 術者          |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 助手          |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 全身管理<br>担当者 |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| Symbols              |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | Remarks     |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 手術開始・終了 ◎            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 麻酔開始・終了 ×            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 200                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 150                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 血圧(mmHg) ∨           |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | Summary     |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| ∧                    |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 脈拍(回/分) ●            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 100                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 50                   |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| SpO <sub>2</sub> (%) |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 手術時間:       |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 呼吸数(回/分)             |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  | 麻酔時間: |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 輸 液                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 出 血                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | ml          |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | g           |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |

## 麻 醉 管 理 記 録 (例)

日本歯科麻酔学会

[illegible]

麻 醉 管 理 記 録 (例)

日本歯科麻酔学会

|                      |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|----------------------|--|-------------|--|----------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|-------|--|--|--|----------------|--|--|--|--|--|--|--|-------------|--|-------|--|--|--|--|--|-----------------|--|--|--|
| No                   |  |             |  | 氏名                         |  |  |  | 症例No.148                   |  |  |  | 歳     |  |  |  | 既往歴・内服薬・検査所見など |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 処置日 20    —    —     |  |             |  | 身長                      cm |  |  |  | 体重                      kg |  |  |  | 男 ・ 女 |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  | ASA : 1・2・3・4・E |  |  |  |
| 診断名                  |  |             |  |                            |  |  |  | 治療内容                       |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 時間                   |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 予定時間:       |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| O <sub>2</sub>       |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 術者          |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 助手          |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 全身管理<br>担当者 |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| Symbols              |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | Remarks     |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 手術開始・終了 ◎            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 麻酔開始・終了 ×            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 200                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 150                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 血圧(mmHg) ∨           |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | Summary     |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| ∧                    |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 脈拍(回/分) ●            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 100                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 50                   |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| SpO <sub>2</sub> (%) |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 手術時間:       |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 呼吸数(回/分)             |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  | 麻酔時間: |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 輸 液                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 出 血                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | ml          |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | g           |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |

麻 醉 管 理 記 録 (例)

日本歯科麻酔学会

|                      |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|----------------------|--|-------------|--|----------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|-------|--|--|--|----------------|--|--|--|--|--|--|--|-------------|--|--|--|--|--|--|--|-----------------|--|--|--|
| No                   |  |             |  | 氏名                         |  |  |  | 症例No.149                   |  |  |  | 歳     |  |  |  | 既往歴・内服薬・検査所見など |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 処置日 20    —    —     |  |             |  | 身長                      cm |  |  |  | 体重                      kg |  |  |  | 男 ・ 女 |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  | ASA : 1・2・3・4・E |  |  |  |
| 診断名                  |  |             |  |                            |  |  |  | 治療内容                       |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 時間                   |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 予定時間:       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| O <sub>2</sub>       |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 術者          |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 助手          |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 全身管理<br>担当者 |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| Symbols              |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | Remarks     |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 手術開始・終了 ◎            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 麻酔開始・終了 ×            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 200                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 150                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 血圧(mmHg) ∨           |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | Summary     |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| ∧                    |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 脈拍(回/分) ●            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 100                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 50                   |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| SpO <sub>2</sub> (%) |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 呼吸数(回/分)             |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 輸 液                  |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | ml 手術時間:    |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 出 血                  |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | g 麻酔時間:     |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |

麻 醉 管 理 記 録 (例)

日本歯科麻酔学会

|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|----------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|-----|--|--|--|-----------------|--|--|--|-------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| No                   |  |  |  | 氏名                         |  |  |  | 症例No.150                   |  |  |  | 歳   |  |  |  | 既往歴・内服薬・検査所見など  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 処置日 20      —      — |  |  |  | 身長                      cm |  |  |  | 体重                      kg |  |  |  | 男・女 |  |  |  | ASA : 1・2・3・4・E |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 診断名                  |  |  |  |                            |  |  |  | 治療内容                       |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 時間                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  | 予定時間:       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| O <sub>2</sub>       |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  | 術者          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  | 助手          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  | 全身管理<br>担当者 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Symbols              |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  | Remarks     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 手術開始・終了 ◎            |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 麻酔開始・終了 ×            |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 200                  |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 150                  |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 100                  |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 50                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  | Summary     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| SpO <sub>2</sub> (%) |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 呼吸数(回/分)             |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 輸 液                  |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 出 血                  |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  | ml 手術時間:    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  | g 麻酔時間:     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

麻 醉 管 理 記 録 (例)

日本歯科麻酔学会

|                      |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|----------------------|--|-------------|--|----------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|-------|--|--|--|----------------|--|--|--|--|--|--|--|-------------|--|-------|--|--|--|--|--|-----------------|--|--|--|
| No                   |  |             |  | 氏名                         |  |  |  | 症例No.151                   |  |  |  | 歳     |  |  |  | 既往歴・内服薬・検査所見など |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 処置日 20    —    —     |  |             |  | 身長                      cm |  |  |  | 体重                      kg |  |  |  | 男 ・ 女 |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  | ASA : 1・2・3・4・E |  |  |  |
| 診断名                  |  |             |  |                            |  |  |  | 治療内容                       |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 時間                   |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 予定時間:       |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| O <sub>2</sub>       |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 術者          |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 助手          |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 全身管理<br>担当者 |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| Symbols              |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | Remarks     |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 手術開始・終了 ◎            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 麻酔開始・終了 ×            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 200                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 150                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 血圧(mmHg) ∨           |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | Summary     |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| ∧                    |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 脈拍(回/分) ●            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 100                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 50                   |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| SpO <sub>2</sub> (%) |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 手術時間:       |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 呼吸数(回/分)             |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  | 麻酔時間: |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 輸 液                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 出 血                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | ml          |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | g           |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |

## 麻 醉 管 理 記 録 (例)

日本歯科麻酔学会

|                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |             |  |  |  |                |  |  |  |         |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
|------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|-------|--|--|--|-----------------|--|--|--|-------------|--|--|--|----------------|--|--|--|---------|--|--|--|-------|--|--|--|--|--|--|--|
| No                     |  |  |  | 氏名                         |  |  |  | 症例No.152                   |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |             |  |  |  | 既往歴・内服薬・検査所見など |  |  |  |         |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
| 処置日 20      —      —   |  |  |  | 身長                      cm |  |  |  | 体重                      kg |  |  |  | 男 ・ 女 |  |  |  | ASA : 1・2・3・4・E |  |  |  |             |  |  |  |                |  |  |  |         |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
| 診断名                    |  |  |  |                            |  |  |  | 治療内容                       |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |             |  |  |  |                |  |  |  |         |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
| 時間                     |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |             |  |  |  |                |  |  |  |         |  |  |  | 予定時間: |  |  |  |  |  |  |  |
| O <sub>2</sub>         |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  | 術者          |  |  |  |                |  |  |  |         |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
|                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |             |  |  |  |                |  |  |  |         |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
|                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  | 助手          |  |  |  |                |  |  |  |         |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
|                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |             |  |  |  |                |  |  |  |         |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
|                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  | 全身管理<br>担当者 |  |  |  |                |  |  |  |         |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
| Symbols                |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |             |  |  |  |                |  |  |  | Remarks |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
| 手術開始・終了 ◎<br>麻酔開始・終了 × |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |             |  |  |  |                |  |  |  |         |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
| 200                    |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |             |  |  |  |                |  |  |  |         |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
| 150                    |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |             |  |  |  |                |  |  |  |         |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
| 100                    |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |             |  |  |  |                |  |  |  |         |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
| 50                     |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |             |  |  |  |                |  |  |  |         |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
| SpO <sub>2</sub> (%)   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |             |  |  |  |                |  |  |  |         |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
| 呼吸数(回/分)               |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |             |  |  |  |                |  |  |  |         |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
| 輸 液                    |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |             |  |  |  |                |  |  |  |         |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
| 出 血                    |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |             |  |  |  |                |  |  |  |         |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
|                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |             |  |  |  |                |  |  |  | 手術時間:   |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
|                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |             |  |  |  |                |  |  |  | 麻酔時間:   |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |



麻 醉 管 理 記 録 (例)

日本歯科麻酔学会

|                      |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|----------------------|--|-------------|--|----------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|-------|--|--|--|----------------|--|--|--|--|--|--|--|-------------|--|-------|--|--|--|--|--|-----------------|--|--|--|
| No                   |  |             |  | 氏名                         |  |  |  | 症例No.153                   |  |  |  | 歳     |  |  |  | 既往歴・内服薬・検査所見など |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 処置日 20    —    —     |  |             |  | 身長                      cm |  |  |  | 体重                      kg |  |  |  | 男 ・ 女 |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  | ASA : 1・2・3・4・E |  |  |  |
| 診断名                  |  |             |  |                            |  |  |  | 治療内容                       |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 時間                   |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 予定時間:       |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| O <sub>2</sub>       |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 術者          |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 助手          |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 全身管理<br>担当者 |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| Symbols              |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | Remarks     |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 手術開始・終了 ◎            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 麻酔開始・終了 ×            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 200                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 150                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 血圧(mmHg) ∨           |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| ∧                    |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 脈拍(回/分) ●            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 100                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 50                   |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| SpO <sub>2</sub> (%) |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | Summary     |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 呼吸数(回/分)             |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 輸 液                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 出 血                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | ml          |  | 手術時間: |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | g           |  | 麻酔時間: |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |

麻 醉 管 理 記 録 (例)

日本歯科麻酔学会

|                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |    |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|-------|--|--|--|----------------|--|--|--|----|--|--|--|-------------|--|--|--|--|--|--|--|-----------------|--|--|--|
| No                     |  |  |  | 氏名                         |  |  |  | 症例No.154                   |  |  |  | 歳     |  |  |  | 既往歴・内服薬・検査所見など |  |  |  |    |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 処置日 20    —    —       |  |  |  | 身長                      cm |  |  |  | 体重                      kg |  |  |  | 男 ・ 女 |  |  |  |                |  |  |  |    |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  | ASA : 1・2・3・4・E |  |  |  |
| 診断名                    |  |  |  |                            |  |  |  | 治療内容                       |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |    |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 時間                     |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |    |  |  |  | 予定時間:       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| O <sub>2</sub>         |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  | ℓ  |  |  |  | 術者          |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |    |  |  |  | 助手          |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |    |  |  |  | 全身管理<br>担当者 |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| Symbols                |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |    |  |  |  | Remarks     |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 手術開始・終了 ◎<br>麻酔開始・終了 × |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |    |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 200                    |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |    |  |  |  | Summary     |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 150                    |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |    |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 血圧(mmHg) ∨<br>∧        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |    |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 脈拍(回/分) ●              |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |    |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 100                    |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |    |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 50                     |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |    |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| SpO <sub>2</sub> (%)   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |    |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 呼吸数(回/分)               |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |    |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 輸 液                    |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  | ml |  |  |  | 手術時間:       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 出 血                    |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  | g  |  |  |  | 麻酔時間:       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |

麻 醉 管 理 記 録 (例)

日本歯科麻酔学会

|                      |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|----------------------|--|-------------|--|----------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|-------|--|--|--|----------------|--|--|--|--|--|--|--|-------------|--|--|--|--|--|--|--|-----------------|--|--|--|
| No                   |  |             |  | 氏名                         |  |  |  | 症例No.155                   |  |  |  | 歳     |  |  |  | 既往歴・内服薬・検査所見など |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 処置日 20    —    —     |  |             |  | 身長                      cm |  |  |  | 体重                      kg |  |  |  | 男 ・ 女 |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  | ASA : 1・2・3・4・E |  |  |  |
| 診断名                  |  |             |  |                            |  |  |  | 治療内容                       |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 時間                   |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 予定時間:       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| O <sub>2</sub>       |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 術者          |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 助手          |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 全身管理<br>担当者 |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| Symbols              |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | Remarks     |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 手術開始・終了 ◎            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 麻酔開始・終了 ×            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 200                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 150                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 血圧(mmHg) ∨           |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | Summary     |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| ∧                    |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 脈拍(回/分) ●            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 100                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 50                   |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| SpO <sub>2</sub> (%) |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 呼吸数(回/分)             |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 輸 液                  |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | ml 手術時間:    |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 出 血                  |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | g 麻酔時間:     |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |





## 麻 醉 管 理 記 録 (例)

日本歯科麻酔学会

|                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|-------|--|--|--|-----------------|--|--|--|--|--|--|--|-------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| No                     |  |  |  | 氏名                         |  |  |  | 症例No.158                   |  |  |  | 歳     |  |  |  | 既往歴・内服薬・検査所見など  |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 処置日 20      —      —   |  |  |  | 身長                      cm |  |  |  | 体重                      kg |  |  |  | 男 ・ 女 |  |  |  | ASA : 1・2・3・4・E |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 診断名                    |  |  |  |                            |  |  |  | 治療内容                       |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 時間                     |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  | 予定時間:       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| O <sub>2</sub>         |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  | 術者          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  | 助手          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  | 全身管理<br>担当者 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Symbols                |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  | Remarks     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 手術開始・終了 ◎<br>麻酔開始・終了 × |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 200                    |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 150                    |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 100                    |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 50                     |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| SpO <sub>2</sub> (%)   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 呼吸数(回/分)               |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 輸 液                    |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  | ml 手術時間:    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 出 血                    |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  | g 麻酔時間:     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

麻 醉 管 理 記 録 (例)

日本歯科麻酔学会

|                      |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|----------------------|--|-------------|--|----------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|-------|--|--|--|----------------|--|--|--|--|--|--|--|-------------|--|--|--|--|--|--|--|-----------------|--|--|--|
| No                   |  |             |  | 氏名                         |  |  |  | 症例No.159                   |  |  |  | 歳     |  |  |  | 既往歴・内服薬・検査所見など |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 処置日 20    —    —     |  |             |  | 身長                      cm |  |  |  | 体重                      kg |  |  |  | 男 ・ 女 |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  | ASA : 1・2・3・4・E |  |  |  |
| 診断名                  |  |             |  |                            |  |  |  | 治療内容                       |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 時間                   |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 予定時間:       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| O <sub>2</sub>       |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 術者          |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 助手          |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 全身管理<br>担当者 |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| Symbols              |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | Remarks     |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 手術開始・終了 ◎            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 麻酔開始・終了 ×            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 150                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 200                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 血圧(mmHg) ∨           |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | Summary     |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 脈拍(回/分) ●            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 100                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 50                   |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| SpO <sub>2</sub> (%) |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 呼吸数(回/分)             |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 輸 液                  |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | ml 手術時間:    |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 出 血                  |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | g 麻酔時間:     |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |

麻 醉 管 理 記 録 (例)

日本歯科麻酔学会

|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|----------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|-----|--|--|--|-----------------|--|--|--|-------------|--|--|--|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| No                   |  |  |  | 氏名                         |  |  |  | 症例No.160                   |  |  |  | 歳   |  |  |  | 既往歴・内服薬・検査所見など  |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 処置日 20      —      — |  |  |  | 身長                      cm |  |  |  | 体重                      kg |  |  |  | 男・女 |  |  |  | ASA : 1・2・3・4・E |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 診断名                  |  |  |  |                            |  |  |  | 治療内容                       |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 時間                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |             |  |  |  | 予定時間: |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| O <sub>2</sub>       |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  | 術者          |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  | 助手          |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  | 全身管理<br>担当者 |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Symbols              |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  | Remarks     |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 200                  |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 手術開始・終了 ◎            |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 麻酔開始・終了 ×            |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 150                  |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  | Summary     |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 血压(mmHg) ∨           |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ∧                    |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 脈拍(回/分) ●            |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 100                  |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 50                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| SpO <sub>2</sub> (%) |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 呼吸数(回/分)             |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 輸 液                  |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  | ml 手術時間:    |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 出 血                  |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  | g 麻酔時間:     |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |



麻 醉 管 理 記 録 (例)

日本歯科麻酔学会

|                      |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|----------------------|--|-------------|--|----------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|-------|--|--|--|----------------|--|--|--|--|--|--|--|----------------|--|--|--|--|--|--|--|-----------------|--|--|--|
| No                   |  |             |  | 氏名                         |  |  |  | 症例No.161                   |  |  |  | 歳     |  |  |  | 既往歴・内服薬・検査所見など |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 処置日 20    —    —     |  |             |  | 身長                      cm |  |  |  | 体重                      kg |  |  |  | 男 ・ 女 |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | ASA : 1・2・3・4・E |  |  |  |
| 診断名                  |  |             |  |                            |  |  |  | 治療内容                       |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 時間                   |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 予定時間:          |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| O <sub>2</sub>       |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 術者             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 助手             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 全身管理<br>担当者    |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| Symbols              |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | Remarks        |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 手術開始・終了 ◎            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 麻酔開始・終了 ×            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 200                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 150                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 血圧(mmHg) ∨           |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | Summary        |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| ∧                    |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 脈拍(回/分) ●            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 100                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 50                   |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| SpO <sub>2</sub> (%) |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 手術時間:<br>麻酔時間: |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 呼吸数(回/分)             |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 輸 液                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 出 血                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |

麻 醉 管 理 記 録 (例)

日本歯科麻酔学会

|                      |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|----------------------|--|-------------|--|----------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|-------|--|--|--|----------------|--|--|--|--|--|--|--|-------------|--|--|--|--|--|--|--|-----------------|--|--|--|
| No                   |  |             |  | 氏名                         |  |  |  | 症例No.162                   |  |  |  | 歳     |  |  |  | 既往歴・内服薬・検査所見など |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 処置日 20    —    —     |  |             |  | 身長                      cm |  |  |  | 体重                      kg |  |  |  | 男 ・ 女 |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  | ASA : 1・2・3・4・E |  |  |  |
| 診断名                  |  |             |  |                            |  |  |  | 治療内容                       |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 時間                   |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 予定時間:       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| O <sub>2</sub>       |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 術者          |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 助手          |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 全身管理<br>担当者 |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| Symbols              |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | Remarks     |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 手術開始・終了 ◎            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 麻酔開始・終了 ×            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 血圧(mmHg) ∨           |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 脈拍(回/分) ●            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 200                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | Summary     |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 150                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 100                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 50                   |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| SpO <sub>2</sub> (%) |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 呼吸数(回/分)             |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 輸 液                  |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | ml 手術時間:    |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 出 血                  |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | g 麻酔時間:     |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |

麻 醉 管 理 記 録 (例)

日本歯科麻酔学会

|                      |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |         |  |             |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|----------------------|--|-------------|--|----------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|-------|--|--|--|----------------|--|--|--|--|--|--|--|---------|--|-------------|--|--|--|--|--|-----------------|--|--|--|
| No                   |  |             |  | 氏名                         |  |  |  | 症例No.163                   |  |  |  | 歳     |  |  |  | 既往歴・内服薬・検査所見など |  |  |  |  |  |  |  |         |  |             |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 処置日 20    —    —     |  |             |  | 身長                      cm |  |  |  | 体重                      kg |  |  |  | 男 ・ 女 |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |         |  |             |  |  |  |  |  | ASA : 1・2・3・4・E |  |  |  |
| 診断名                  |  |             |  |                            |  |  |  | 治療内容                       |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |         |  |             |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 時間                   |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 予定時間:   |  |             |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| O <sub>2</sub>       |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | ℓ       |  | 術者          |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |         |  | 助手          |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |         |  |             |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |         |  | 全身管理<br>担当者 |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |         |  |             |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| Symbols              |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | Remarks |  |             |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 手術開始・終了 ◎            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |         |  |             |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 麻酔開始・終了 ×            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |         |  |             |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 200                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |         |  |             |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 150                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |         |  |             |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 血圧(mmHg) ∨           |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |         |  |             |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| ∧                    |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |         |  |             |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 脈拍(回/分) ●            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |         |  |             |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 100                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |         |  |             |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 50                   |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |         |  |             |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| SpO <sub>2</sub> (%) |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | Summary |  |             |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 呼吸数(回/分)             |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |         |  |             |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 輸 液                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |         |  |             |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 出 血                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |         |  |             |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | ml      |  | 手術時間:       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | g       |  | 麻酔時間:       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |

麻 醉 管 理 記 録 (例)

日本歯科麻酔学会

|                      |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |    |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|----------------------|--|-------------|--|----------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|-----|--|--|--|----------------|--|--|--|--|--|----|--|----------------|--|--|--|--|--|--|--|-----------------|--|--|--|
| No                   |  |             |  | 氏名                         |  |  |  | 症例No.164                   |  |  |  | 歳   |  |  |  | 既往歴・内服薬・検査所見など |  |  |  |  |  |    |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 処置日 20    —    —     |  |             |  | 身長                      cm |  |  |  | 体重                      kg |  |  |  | 男・女 |  |  |  |                |  |  |  |  |  |    |  |                |  |  |  |  |  |  |  | ASA : 1・2・3・4・E |  |  |  |
| 診断名                  |  |             |  |                            |  |  |  | 治療内容                       |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |    |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 時間                   |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |    |  | 予定時間:          |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| O <sub>2</sub>       |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  | ℓ  |  | 術者             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |    |  | 助手             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |    |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |    |  | 全身管理<br>担当者    |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |    |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| Symbols              |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |    |  | Remarks        |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 手術開始・終了 ◎            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |    |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 麻酔開始・終了 ×            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |    |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 200                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |    |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 150                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |    |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 血圧(mmHg) ∨           |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |    |  | Summary        |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| ∧                    |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |    |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 脈拍(回/分) ●            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |    |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 100                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |    |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 50                   |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |    |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| SpO <sub>2</sub> (%) |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |    |  | 手術時間:<br>麻酔時間: |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 呼吸数(回/分)             |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |    |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 輸 液                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  | ml |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 出 血                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  | g  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |

麻 醉 管 理 記 録 (例)

日本歯科麻酔学会

|                      |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|----------------------|--|-------------|--|----------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|-------|--|--|--|----------------|--|--|--|--|--|--|--|-------------|--|--|--|--|--|--|--|-----------------|--|--|--|
| No                   |  |             |  | 氏名                         |  |  |  | 症例No.165                   |  |  |  | 歳     |  |  |  | 既往歴・内服薬・検査所見など |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 処置日 20    —    —     |  |             |  | 身長                      cm |  |  |  | 体重                      kg |  |  |  | 男 ・ 女 |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  | ASA : 1・2・3・4・E |  |  |  |
| 診断名                  |  |             |  |                            |  |  |  | 治療内容                       |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 時間                   |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 予定時間:       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| O <sub>2</sub>       |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 術者          |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 助手          |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 全身管理<br>担当者 |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| Symbols              |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | Remarks     |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 手術開始・終了 ◎            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 麻酔開始・終了 ×            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 200                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 150                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 血圧(mmHg) ∨           |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | Summary     |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| ∧                    |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 脈拍(回/分) ●            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 100                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 50                   |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| SpO <sub>2</sub> (%) |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 呼吸数(回/分)             |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 輸 液                  |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | ml 手術時間:    |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 出 血                  |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | g 麻酔時間:     |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |

麻 醉 管 理 記 録 (例)

日本歯科麻酔学会

|                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|-------|--|--|--|----------------|--|--|--|--|--|-------------|--|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-----------------|--|--|--|
| No                     |  |  |  | 氏名                         |  |  |  | 症例No.166                   |  |  |  | 歳     |  |  |  | 既往歴・内服薬・検査所見など |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 処置日 20      —      —   |  |  |  | 身長                      cm |  |  |  | 体重                      kg |  |  |  | 男 ・ 女 |  |  |  |                |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | ASA : 1・2・3・4・E |  |  |  |
| 診断名                    |  |  |  |                            |  |  |  | 治療内容                       |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 時間                     |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |             |  | 予定時間: |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| O <sub>2</sub>         |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  | 術者          |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  | 助手          |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  | 全身管理<br>担当者 |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| Symbols                |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  | Remarks     |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 手術開始・終了 ◎<br>麻酔開始・終了 × |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 200                    |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 150                    |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 100                    |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 50                     |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| SpO <sub>2</sub> (%)   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 呼吸数(回/分)               |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 輸 液                    |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  | ml 手術時間:    |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 出 血                    |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  | g 麻酔時間:     |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |

## 麻 醉 管 理 記 録 (例)

日本歯科麻酔学会

|                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|-------|--|--|--|-----------------|--|--|--|--|--|--|--|--------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| No                                                                                                |  |  |  | 氏名                         |  |  |  | 症例No.167                   |  |  |  | 歳     |  |  |  | 既往歴・内服薬・検査所見など  |  |  |  |  |  |  |  |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 処置日 20      —      —                                                                              |  |  |  | 身長                      cm |  |  |  | 体重                      kg |  |  |  | 男 ・ 女 |  |  |  | ASA : 1・2・3・4・E |  |  |  |  |  |  |  |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 診断名                                                                                               |  |  |  |                            |  |  |  | 治療内容                       |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 時間                                                                                                |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  | 予定時間:              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| O <sub>2</sub>                                                                                    |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  | 術者                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  | 助手                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  | 全身管理<br>担当者        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Symbols                                                                                           |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  | Remarks            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 手術開始・終了 ◎<br>麻酔開始・終了 ×<br><br>200<br><br>150<br>血圧(mmHg) ∨<br>^<br>脈拍(回/分) ●<br><br>100<br><br>50 |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  | Summary            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| SpO <sub>2</sub> (%)                                                                              |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  | 手術時間:<br><br>麻酔時間: |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 呼吸数(回/分)                                                                                          |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 輸 液                                                                                               |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 出 血                                                                                               |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  | ml                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  | g                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

麻 醉 管 理 記 録 (例)

日本歯科麻酔学会

|                      |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|----------------------|--|-------------|--|----------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|-------|--|--|--|----------------|--|--|--|--|--|--|--|-------------|--|--|--|--|--|--|--|-----------------|--|--|--|
| No                   |  |             |  | 氏名                         |  |  |  | 症例No.168                   |  |  |  | 歳     |  |  |  | 既往歴・内服薬・検査所見など |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 処置日 20    —    —     |  |             |  | 身長                      cm |  |  |  | 体重                      kg |  |  |  | 男 ・ 女 |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  | ASA : 1・2・3・4・E |  |  |  |
| 診断名                  |  |             |  |                            |  |  |  | 治療内容                       |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 時間                   |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 予定時間:       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| O <sub>2</sub>       |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 術者          |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 助手          |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 全身管理<br>担当者 |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| Symbols              |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | Remarks     |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 手術開始・終了 ◎            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 麻酔開始・終了 ×            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 200                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 150                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 血圧(mmHg) ∨           |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | Summary     |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| ∧                    |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 脈拍(回/分) ●            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 100                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 50                   |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| SpO <sub>2</sub> (%) |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 呼吸数(回/分)             |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 輸 液                  |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | ml 手術時間:    |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 出 血                  |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | g 麻酔時間:     |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |



麻 醉 管 理 記 録 (例)

日本歯科麻酔学会

|                      |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|----------------------|--|-------------|--|----------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|-------|--|--|--|----------------|--|--|--|--|--|--|--|-------------|--|-------|--|--|--|--|--|-----------------|--|--|--|
| No                   |  |             |  | 氏名                         |  |  |  | 症例No.169                   |  |  |  | 歳     |  |  |  | 既往歴・内服薬・検査所見など |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 処置日 20    —    —     |  |             |  | 身長                      cm |  |  |  | 体重                      kg |  |  |  | 男 ・ 女 |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  | ASA : 1・2・3・4・E |  |  |  |
| 診断名                  |  |             |  |                            |  |  |  | 治療内容                       |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 時間                   |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 予定時間:       |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| O <sub>2</sub>       |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 術者          |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 助手          |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 全身管理<br>担当者 |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| Symbols              |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | Remarks     |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 手術開始・終了 ◎            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 麻酔開始・終了 ×            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 200                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 150                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 血圧(mmHg) ∨           |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | Summary     |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| ∧                    |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 脈拍(回/分) ●            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 100                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 50                   |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| SpO <sub>2</sub> (%) |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 手術時間:       |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 呼吸数(回/分)             |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  | 麻酔時間: |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 輸 液                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 出 血                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | ml          |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | g           |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |

麻 醉 管 理 記 録 (例)

日本歯科麻酔学会

|                      |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|----------------------|--|-------------|--|----------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|-------|--|--|--|----------------|--|--|--|--|--|--|--|-------------|--|--|--|--|--|--|--|-----------------|--|--|--|
| No                   |  |             |  | 氏名                         |  |  |  | 症例No.170                   |  |  |  | 歳     |  |  |  | 既往歴・内服薬・検査所見など |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 処置日 20    —    —     |  |             |  | 身長                      cm |  |  |  | 体重                      kg |  |  |  | 男 ・ 女 |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  | ASA : 1・2・3・4・E |  |  |  |
| 診断名                  |  |             |  |                            |  |  |  | 治療内容                       |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 時間                   |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 予定時間:       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| O <sub>2</sub>       |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 術者          |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 助手          |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 全身管理<br>担当者 |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| Symbols              |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | Remarks     |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 手術開始・終了 ◎            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 麻酔開始・終了 ×            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 200                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 150                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 血圧(mmHg) ∨           |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | Summary     |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| ∧                    |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 脈拍(回/分) ●            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 100                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 50                   |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| SpO <sub>2</sub> (%) |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 呼吸数(回/分)             |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 輸 液                  |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | ml 手術時間:    |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 出 血                  |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | g 麻酔時間:     |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |

麻 醉 管 理 記 録 (例)

日本歯科麻酔学会

|                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |    |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|-------|--|--|--|----------------|--|--|--|----|--|--|--|-------------|--|--|--|--|--|--|--|-----------------|--|--|--|
| No                     |  |  |  | 氏名                         |  |  |  | 症例No.171                   |  |  |  | 歳     |  |  |  | 既往歴・内服薬・検査所見など |  |  |  |    |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 処置日 20    —    —       |  |  |  | 身長                      cm |  |  |  | 体重                      kg |  |  |  | 男 ・ 女 |  |  |  |                |  |  |  |    |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  | ASA : 1・2・3・4・E |  |  |  |
| 診断名                    |  |  |  |                            |  |  |  | 治療内容                       |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |    |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 時間                     |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |    |  |  |  | 予定時間:       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| O <sub>2</sub>         |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  | ℓ  |  |  |  | 術者          |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |    |  |  |  | 助手          |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |    |  |  |  | 全身管理<br>担当者 |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| Symbols                |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |    |  |  |  | Remarks     |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 手術開始・終了 ◎<br>麻酔開始・終了 × |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |    |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 200                    |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |    |  |  |  | Summary     |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 150                    |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |    |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 血圧(mmHg) ∨<br>∧        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |    |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 脈拍(回/分) ●              |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |    |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 100                    |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |    |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 50                     |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |    |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| SpO <sub>2</sub> (%)   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |    |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 呼吸数(回/分)               |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |    |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 輸 液                    |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  | ml |  |  |  | 手術時間:       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 出 血                    |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  | g  |  |  |  | 麻酔時間:       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |

麻 醉 管 理 記 録 (例)

日本歯科麻酔学会

|                      |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|----------------------|--|-------------|--|----------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|-------|--|--|--|----------------|--|--|--|--|--|--|--|-------------|--|-------|--|--|--|--|--|-----------------|--|--|--|
| No                   |  |             |  | 氏名                         |  |  |  | 症例No.172                   |  |  |  | 歳     |  |  |  | 既往歴・内服薬・検査所見など |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 処置日 20    —    —     |  |             |  | 身長                      cm |  |  |  | 体重                      kg |  |  |  | 男 ・ 女 |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  | ASA : 1・2・3・4・E |  |  |  |
| 診断名                  |  |             |  |                            |  |  |  | 治療内容                       |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 時間                   |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 予定時間:       |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| O <sub>2</sub>       |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 術者          |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 助手          |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 全身管理<br>担当者 |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| Symbols              |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | Remarks     |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 手術開始・終了 ◎            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 麻酔開始・終了 ×            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 200                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 150                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 血圧(mmHg) ∨           |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | Summary     |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| ∧                    |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 脈拍(回/分) ●            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 100                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 50                   |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| SpO <sub>2</sub> (%) |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 手術時間:       |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 呼吸数(回/分)             |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  | 麻酔時間: |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 輸 液                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 出 血                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | ml          |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | g           |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |

## 麻 醉 管 理 記 録 (例)

日本歯科麻酔学会

|                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|-------|--|--|--|-----------------|--|--|--|--|--|--|--|--------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| No                                                                                                |  |  |  | 氏名                         |  |  |  | 症例No.173                   |  |  |  | 歳     |  |  |  | 既往歴・内服薬・検査所見など  |  |  |  |  |  |  |  |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 処置日 20      —      —                                                                              |  |  |  | 身長                      cm |  |  |  | 体重                      kg |  |  |  | 男 ・ 女 |  |  |  | ASA : 1・2・3・4・E |  |  |  |  |  |  |  |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 診断名                                                                                               |  |  |  |                            |  |  |  | 治療内容                       |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 時間                                                                                                |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  | 予定時間:              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| O <sub>2</sub>                                                                                    |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  | 術者                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  | 助手                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  | 全身管理<br>担当者        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Symbols                                                                                           |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  | Remarks            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 手術開始・終了 ◎<br>麻酔開始・終了 ×<br><br>200<br><br>150<br>血圧(mmHg) ∨<br>^<br>脈拍(回/分) ●<br><br>100<br><br>50 |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  | Summary            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| SpO <sub>2</sub> (%)                                                                              |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  | 手術時間:<br><br>麻酔時間: |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 呼吸数(回/分)                                                                                          |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 輸 液                                                                                               |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 出 血                                                                                               |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  | ml                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  | g                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

麻 醉 管 理 記 録 (例)

日本歯科麻酔学会

|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|----------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|-----|--|--|--|-----------------|--|--|--|-------------|--|--|--|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| No                   |  |  |  | 氏名                         |  |  |  | 症例No.174                   |  |  |  | 歳   |  |  |  | 既往歴・内服薬・検査所見など  |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 処置日 20      —      — |  |  |  | 身長                      cm |  |  |  | 体重                      kg |  |  |  | 男・女 |  |  |  | ASA : 1・2・3・4・E |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 診断名                  |  |  |  |                            |  |  |  | 治療内容                       |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 時間                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |             |  |  |  | 予定時間: |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| O <sub>2</sub>       |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  | 術者          |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  | 助手          |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  | 全身管理<br>担当者 |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Symbols              |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  | Remarks     |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 手術開始・終了 ◎            |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 麻酔開始・終了 ×            |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 200                  |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  | Summary     |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 150                  |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 100                  |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 50                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| SpO <sub>2</sub> (%) |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 呼吸数(回/分)             |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 輸 液                  |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  | ml 手術時間:    |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 出 血                  |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  | g 麻酔時間:     |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

麻 醉 管 理 記 録 (例)

日本歯科麻酔学会

|                      |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|----------------------|--|-------------|--|----------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|-------|--|--|--|----------------|--|--|--|--|--|--|--|----------------|--|--|--|--|--|--|--|-----------------|--|--|--|
| No                   |  |             |  | 氏名                         |  |  |  | 症例No.175                   |  |  |  | 歳     |  |  |  | 既往歴・内服薬・検査所見など |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 処置日 20    —    —     |  |             |  | 身長                      cm |  |  |  | 体重                      kg |  |  |  | 男 ・ 女 |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | ASA : 1・2・3・4・E |  |  |  |
| 診断名                  |  |             |  |                            |  |  |  | 治療内容                       |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 時間                   |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 予定時間:          |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| O <sub>2</sub>       |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 術者             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 助手             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 全身管理<br>担当者    |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| Symbols              |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | Remarks        |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 手術開始・終了 ◎            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 麻酔開始・終了 ×            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 200                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 150                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 血圧(mmHg) ∨           |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | Summary        |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| ∧                    |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 脈拍(回/分) ●            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 100                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 50                   |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| SpO <sub>2</sub> (%) |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 手術時間:<br>麻酔時間: |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 呼吸数(回/分)             |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 輸 液                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 出 血                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |

## 麻 醉 管 理 記 録 (例)

日本歯科麻醉学会

|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|----------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|-------|--|--|--|-----------------|--|--|--|--|--|--|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|----------------|--|--|--|--|--|--|--|-------|--|--|--|-------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| No                   |  |  |  | 氏名                         |  |  |  | 症例No.176                   |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  | 歳 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 既往歴・内服薬・検査所見など |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 処置日 20      —      — |  |  |  | 身長                      cm |  |  |  | 体重                      kg |  |  |  | 男 ・ 女 |  |  |  | ASA : 1・2・3・4・E |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 診断名                  |  |  |  |                            |  |  |  | 治療内容                       |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 時間                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 予定時間: |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| O <sub>2</sub>       |  |  |  | 0                          |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  | 術者          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  | 助手          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  | 全身管理<br>担当者 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Symbols              |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  | Remarks     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 手術開始・終了 ◎            |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 麻酔開始・終了 ×            |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 200                  |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 150                  |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 血压(mmHg) ∨           |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  | Summary     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 脈拍(回/分) ●            |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 100                  |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 50                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| SpO <sub>2</sub> (%) |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 呼吸数(回/分)             |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 輸 液                  |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 出 血                  |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  | ml 手術時間:    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  | g 麻酔時間:     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |



麻 醉 管 理 記 録 (例)

日本歯科麻酔学会

|                      |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|----------------------|--|-------------|--|----------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|-------|--|--|--|----------------|--|--|--|--|--|--|--|-------------|--|-------|--|--|--|--|--|-----------------|--|--|--|
| No                   |  |             |  | 氏名                         |  |  |  | 症例No.177                   |  |  |  | 歳     |  |  |  | 既往歴・内服薬・検査所見など |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 処置日 20    —    —     |  |             |  | 身長                      cm |  |  |  | 体重                      kg |  |  |  | 男 ・ 女 |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  | ASA : 1・2・3・4・E |  |  |  |
| 診断名                  |  |             |  |                            |  |  |  | 治療内容                       |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 時間                   |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 予定時間:       |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| O <sub>2</sub>       |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 術者          |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 助手          |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 全身管理<br>担当者 |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| Symbols              |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | Remarks     |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 手術開始・終了 ◎            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 麻酔開始・終了 ×            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 200                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 150                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 血圧(mmHg) ∨           |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| ∧                    |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 脈拍(回/分) ●            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 100                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 50                   |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| SpO <sub>2</sub> (%) |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | Summary     |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 呼吸数(回/分)             |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 輸 液                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 出 血                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | ml          |  | 手術時間: |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | g           |  | 麻酔時間: |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |

麻 醉 管 理 記 録 (例)

日本歯科麻酔学会

|                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|-------|--|--|--|----------------|--|--|--|-------------|--|--|--|------------|--|--|--|--|--|--|--|-----------------|--|--|--|
| No                     |  |  |  | 氏名                         |  |  |  | 症例No.178                   |  |  |  | 歳     |  |  |  | 既往歴・内服薬・検査所見など |  |  |  |             |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 処置日 20    —    —       |  |  |  | 身長                      cm |  |  |  | 体重                      kg |  |  |  | 男 ・ 女 |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  | ASA : 1・2・3・4・E |  |  |  |
| 診断名                    |  |  |  |                            |  |  |  | 治療内容                       |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 時間                     |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  | 予定時間:      |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| O <sub>2</sub>         |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  | 術者          |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  | 助手          |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  | 全身管理<br>担当者 |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| Symbols                |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  | Remarks     |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 手術開始・終了 ◎<br>麻酔開始・終了 × |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 200                    |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  | Summary     |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 150                    |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 100                    |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 50                     |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| SpO <sub>2</sub> (%)   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  | 手術時間:<br>ml |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 呼吸数(回/分)               |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  | 麻酔時間:<br>g |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 輸 液                    |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 出 血                    |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |

麻 醉 管 理 記 録（例）

日本歯科麻酔学会

|                      |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |            |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
|----------------------|--|-------------|--|----------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|-----|--|--|--|----------------|--|--|--|--|--|--|--|-------------|--|------------|--|--|--|--|--|---------------|--|--|--|
| No                   |  |             |  | 氏名                         |  |  |  | 症例No.179                   |  |  |  | 歳   |  |  |  | 既往歴・内服薬・検査所見など |  |  |  |  |  |  |  |             |  |            |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
| 処置日 20    —    —     |  |             |  | 身長                      cm |  |  |  | 体重                      kg |  |  |  | 男・女 |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |            |  |  |  |  |  | ASA：1・2・3・4・E |  |  |  |
| 診断名                  |  |             |  |                            |  |  |  | 治療内容                       |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |            |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
| 時間                   |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 予定時間：       |  |            |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
| O <sub>2</sub>       |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 術者          |  |            |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 助手          |  |            |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 全身管理<br>担当者 |  |            |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
| Symbols              |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | Remarks     |  |            |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
| 手術開始・終了 ◎            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |            |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
| 麻酔開始・終了 ×            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |            |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
| 200                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |            |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
| 150                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |            |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
| 血圧(mmHg) ∨           |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | Summary     |  |            |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
| ∧                    |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |            |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
| 脈拍(回/分) ●            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |            |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
| 100                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |            |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
| 50                   |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |            |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
| SpO <sub>2</sub> (%) |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 手術時間：<br>ml |  |            |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
| 呼吸数(回/分)             |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  | 麻酔時間：<br>g |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
| 輸 液                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |            |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
| 出 血                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |            |  |  |  |  |  |               |  |  |  |

麻 醉 管 理 記 録 (例)

日本歯科麻酔学会

|                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |    |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|-------|--|--|--|----------------|--|--|--|----|--|--|--|-------------|--|--|--|--|--|--|--|-----------------|--|--|--|
| No                     |  |  |  | 氏名                         |  |  |  | 症例No.180                   |  |  |  | 歳     |  |  |  | 既往歴・内服薬・検査所見など |  |  |  |    |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 処置日 20    —    —       |  |  |  | 身長                      cm |  |  |  | 体重                      kg |  |  |  | 男 ・ 女 |  |  |  |                |  |  |  |    |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  | ASA : 1・2・3・4・E |  |  |  |
| 診断名                    |  |  |  |                            |  |  |  | 治療内容                       |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |    |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 時間                     |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |    |  |  |  | 予定時間:       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| O <sub>2</sub>         |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  | ℓ  |  |  |  | 術者          |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |    |  |  |  | 助手          |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |    |  |  |  | 全身管理<br>担当者 |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| Symbols                |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |    |  |  |  | Remarks     |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 手術開始・終了 ◎<br>麻酔開始・終了 × |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |    |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 200                    |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |    |  |  |  | Summary     |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 150                    |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |    |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 血圧(mmHg) ∨<br>∧        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |    |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 脈拍(回/分) ●              |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |    |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 100                    |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |    |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 50                     |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |    |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| SpO <sub>2</sub> (%)   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |    |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 呼吸数(回/分)               |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |    |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 輸 液                    |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  | ml |  |  |  | 手術時間:       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 出 血                    |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  | g  |  |  |  | 麻酔時間:       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |

麻 醉 管 理 記 録（例）

日本歯科麻酔学会

|                      |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |    |  |                |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
|----------------------|--|-------------|--|----------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|-----|--|--|--|----------------|--|--|--|--|--|----|--|----------------|--|--|--|--|--|--|--|---------------|--|--|--|
| No                   |  |             |  | 氏名                         |  |  |  | 症例No.181                   |  |  |  | 歳   |  |  |  | 既往歴・内服薬・検査所見など |  |  |  |  |  |    |  |                |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
| 処置日 20    —    —     |  |             |  | 身長                      cm |  |  |  | 体重                      kg |  |  |  | 男・女 |  |  |  |                |  |  |  |  |  |    |  |                |  |  |  |  |  |  |  | ASA：1・2・3・4・E |  |  |  |
| 診断名                  |  |             |  |                            |  |  |  | 治療内容                       |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |    |  |                |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
| 時間                   |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |    |  | 予定時間：          |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
| O <sub>2</sub>       |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  | ℓ  |  | 術者             |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |    |  | 助手             |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |    |  |                |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |    |  | 全身管理<br>担当者    |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |    |  |                |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
| Symbols              |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |    |  | Remarks        |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
| 手術開始・終了 ◎            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |    |  |                |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
| 麻酔開始・終了 ×            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |    |  |                |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
| 200                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |    |  |                |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
| 150                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |    |  |                |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
| 血圧(mmHg) ∨           |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |    |  | Summary        |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
| ∧                    |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |    |  |                |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
| 脈拍(回/分) ●            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |    |  |                |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
| 100                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |    |  |                |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
| 50                   |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |    |  |                |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
| SpO <sub>2</sub> (%) |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |    |  | 手術時間：<br>麻酔時間： |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
| 呼吸数(回/分)             |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |    |  |                |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
| 輸 液                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  | ml |  |                |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
| 出 血                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  | g  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |

## 麻 醉 管 理 記 録 (例)

日本歯科麻酔学会

[illegible]

## 麻 醉 管 理 記 録 (例)

日本歯科麻酔学会

|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
|----------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|-------|--|--|--|-----------------|--|--|--|--|--|--|--|----------------|--|--|--|--|--|--|--|-------|--|--|--|-------------|--|--|--|-------|--|--|--|--|--|--|--|
| No                   |  |  |  | 氏名                         |  |  |  | 症例No.183                   |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  | 既往歴・内服薬・検査所見など |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
| 処置日 20      —      — |  |  |  | 身長                      cm |  |  |  | 体重                      kg |  |  |  | 男 ・ 女 |  |  |  | ASA : 1・2・3・4・E |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
| 診断名                  |  |  |  |                            |  |  |  | 治療内容                       |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
| 時間                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 予定時間: |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
| O <sub>2</sub>       |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  | 術者          |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  | 助手          |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  | 全身管理<br>担当者 |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
| Symbols              |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  | Remarks     |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
| 手術開始・終了 ◎            |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
| 麻酔開始・終了 ×            |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
| 200                  |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
| 手術開始・終了 ◎            |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
| 麻酔開始・終了 ×            |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
| 150                  |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  | Summary     |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
| 手術開始・終了 ◎            |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
| 麻酔開始・終了 ×            |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
| 100                  |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
| 手術開始・終了 ◎            |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
| 麻酔開始・終了 ×            |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
| 50                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
| 手術開始・終了 ◎            |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
| 麻酔開始・終了 ×            |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
| SpO <sub>2</sub> (%) |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
| 呼吸数(回/分)             |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
| 輸 液                  |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
| 出 血                  |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  | ml          |  |  |  | 手術時間: |  |  |  |  |  |  |  |
|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  | g           |  |  |  | 麻酔時間: |  |  |  |  |  |  |  |

麻 醉 管 理 記 録 (例)

日本歯科麻酔学会

|                      |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|----------------------|--|-------------|--|----------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|-------|--|--|--|----------------|--|--|--|--|--|--|--|-------------|--|--|--|--|--|--|--|-----------------|--|--|--|
| No                   |  |             |  | 氏名                         |  |  |  | 症例No.184                   |  |  |  | 歳     |  |  |  | 既往歴・内服薬・検査所見など |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 処置日 20    —    —     |  |             |  | 身長                      cm |  |  |  | 体重                      kg |  |  |  | 男 ・ 女 |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  | ASA : 1・2・3・4・E |  |  |  |
| 診断名                  |  |             |  |                            |  |  |  | 治療内容                       |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 時間                   |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 予定時間:       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| O <sub>2</sub>       |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 術者          |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 助手          |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 全身管理<br>担当者 |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| Symbols              |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | Remarks     |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 手術開始・終了 ◎            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 麻酔開始・終了 ×            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 200                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 150                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 血圧(mmHg) ∨           |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | Summary     |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| ∧                    |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 脈拍(回/分) ●            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 100                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 50                   |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| SpO <sub>2</sub> (%) |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 呼吸数(回/分)             |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 輸 液                  |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | ml 手術時間:    |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 出 血                  |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | g 麻酔時間:     |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |



麻 醉 管 理 記 録 (例)

日本歯科麻酔学会

|                      |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|----------------------|--|-------------|--|----------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|-------|--|--|--|----------------|--|--|--|--|--|--|--|-------------|--|-------|--|--|--|--|--|-----------------|--|--|--|
| No                   |  |             |  | 氏名                         |  |  |  | 症例No.185                   |  |  |  | 歳     |  |  |  | 既往歴・内服薬・検査所見など |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 処置日 20    —    —     |  |             |  | 身長                      cm |  |  |  | 体重                      kg |  |  |  | 男 ・ 女 |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  | ASA : 1・2・3・4・E |  |  |  |
| 診断名                  |  |             |  |                            |  |  |  | 治療内容                       |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 時間                   |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 予定時間:       |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| O <sub>2</sub>       |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 術者          |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 助手          |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 全身管理<br>担当者 |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| Symbols              |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | Remarks     |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 手術開始・終了 ◎            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 麻酔開始・終了 ×            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 200                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 150                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 血圧(mmHg) ∨           |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| ∧                    |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 脈拍(回/分) ●            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 100                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 50                   |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| SpO <sub>2</sub> (%) |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | Summary     |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 呼吸数(回/分)             |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 輸 液                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 出 血                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | ml          |  | 手術時間: |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | g           |  | 麻酔時間: |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |

麻 醉 管 理 記 録 (例)

日本歯科麻酔学会

|                      |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|----------------------|--|-------------|--|----------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|-------|--|--|--|----------------|--|--|--|--|--|--|--|-------------|--|-------|--|--|--|--|--|-----------------|--|--|--|
| No                   |  |             |  | 氏名                         |  |  |  | 症例No.186                   |  |  |  | 歳     |  |  |  | 既往歴・内服薬・検査所見など |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 処置日 20    —    —     |  |             |  | 身長                      cm |  |  |  | 体重                      kg |  |  |  | 男 ・ 女 |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  | ASA : 1・2・3・4・E |  |  |  |
| 診断名                  |  |             |  |                            |  |  |  | 治療内容                       |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 時間                   |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 予定時間:       |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| O <sub>2</sub>       |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 術者          |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 助手          |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 全身管理<br>担当者 |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| Symbols              |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | Remarks     |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 手術開始・終了 ◎            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 麻酔開始・終了 ×            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 200                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 150                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 血圧(mmHg) ∨           |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| ∧                    |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 脈拍(回/分) ●            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 100                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 50                   |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| SpO <sub>2</sub> (%) |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | Summary     |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 呼吸数(回/分)             |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 輸 液                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 出 血                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | ml          |  | 手術時間: |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | g           |  | 麻酔時間: |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |

麻 醉 管 理 記 録 (例)

日本歯科麻酔学会

|                      |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|----------------------|--|-------------|--|----------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|-------|--|--|--|----------------|--|--|--|--|--|--|--|-------------|--|-------|--|--|--|--|--|-----------------|--|--|--|
| No                   |  |             |  | 氏名                         |  |  |  | 症例No.187                   |  |  |  | 歳     |  |  |  | 既往歴・内服薬・検査所見など |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 処置日 20    —    —     |  |             |  | 身長                      cm |  |  |  | 体重                      kg |  |  |  | 男 ・ 女 |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  | ASA : 1・2・3・4・E |  |  |  |
| 診断名                  |  |             |  |                            |  |  |  | 治療内容                       |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 時間                   |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 予定時間:       |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| O <sub>2</sub>       |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 術者          |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 助手          |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 全身管理<br>担当者 |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| Symbols              |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | Remarks     |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 手術開始・終了 ◎            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 麻酔開始・終了 ×            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 200                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 150                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 血圧(mmHg) ∨           |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | Summary     |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| ∧                    |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 脈拍(回/分) ●            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 100                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 50                   |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| SpO <sub>2</sub> (%) |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 手術時間:       |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 呼吸数(回/分)             |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  | 麻酔時間: |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 輸 液                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 出 血                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | ml          |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | g           |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |



## 麻 醉 管 理 記 録 (例)

日本歯科麻酔学会

|                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|-----|--|--|--|-----------------|--|--|--|----------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| No                                                                                                |  |  |  | 氏名                         |  |  |  | 症例No.189                   |  |  |  | 歳   |  |  |  | 既往歴・内服薬・検査所見など  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 処置日 20      —      —                                                                              |  |  |  | 身長                      cm |  |  |  | 体重                      kg |  |  |  | 男・女 |  |  |  | ASA : 1・2・3・4・E |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 診断名                                                                                               |  |  |  |                            |  |  |  | 治療内容                       |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 時間                                                                                                |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  | 予定時間:          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| O <sub>2</sub>                                                                                    |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  | 術者             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  | 助手             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  | 全身管理<br>担当者    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Symbols                                                                                           |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  | Remarks        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 手術開始・終了 ◎<br>麻酔開始・終了 ×<br><br>200<br><br>150<br>血压(mmHg) ∨<br>^<br>脈拍(回/分) ●<br><br>100<br><br>50 |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  | Summary        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| SpO <sub>2</sub> (%)                                                                              |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  | 手術時間:<br>麻酔時間: |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 呼吸数(回/分)                                                                                          |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 輸 液                                                                                               |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 出 血                                                                                               |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  | ml             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  | g              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

麻 醉 管 理 記 録 (例)

日本歯科麻酔学会

|                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |    |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|-----|--|--|--|-----------------|--|--|--|----|--|--|--|-------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| No                                                                                                |  |  |  | 氏名                         |  |  |  | 症例No.190                   |  |  |  | 歳   |  |  |  | 既往歴・内服薬・検査所見など  |  |  |  |    |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 処置日 20      —      —                                                                              |  |  |  | 身長                      cm |  |  |  | 体重                      kg |  |  |  | 男・女 |  |  |  | ASA : 1・2・3・4・E |  |  |  |    |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 診断名                                                                                               |  |  |  |                            |  |  |  | 治療内容                       |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |    |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 時間                                                                                                |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |    |  |  |  | 予定時間:       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| O <sub>2</sub>                                                                                    |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  | ℓ  |  |  |  | 術者          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |    |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |    |  |  |  | 助手          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |    |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |    |  |  |  | 全身管理<br>担当者 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Symbols                                                                                           |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |    |  |  |  | Remarks     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 手術開始・終了 ◎<br>麻酔開始・終了 ×<br><br>200<br><br>150<br>血压(mmHg) ∨<br>^<br>脈拍(回/分) ●<br><br>100<br><br>50 |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |    |  |  |  | Summary     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |    |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |    |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |    |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |    |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |    |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |    |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |    |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |    |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |    |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| SpO <sub>2</sub> (%)                                                                              |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |    |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 呼吸数(回/分)                                                                                          |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |    |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 輸 液                                                                                               |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  | ml |  |  |  | 手術時間:       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 出 血                                                                                               |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  | g  |  |  |  | 麻酔時間:       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

麻 醉 管 理 記 録 (例)

日本歯科麻酔学会

|                      |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|----------------------|--|-------------|--|----------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|-------|--|--|--|----------------|--|--|--|--|--|--|--|----------------|--|--|--|--|--|--|--|-----------------|--|--|--|
| No                   |  |             |  | 氏名                         |  |  |  | 症例No.191                   |  |  |  | 歳     |  |  |  | 既往歴・内服薬・検査所見など |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 処置日 20    —    —     |  |             |  | 身長                      cm |  |  |  | 体重                      kg |  |  |  | 男 ・ 女 |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | ASA : 1・2・3・4・E |  |  |  |
| 診断名                  |  |             |  |                            |  |  |  | 治療内容                       |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 時間                   |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 予定時間:          |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| O <sub>2</sub>       |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 術者             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 助手             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 全身管理<br>担当者    |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| Symbols              |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | Remarks        |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 手術開始・終了 ◎            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 麻酔開始・終了 ×            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 200                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 150                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 血圧(mmHg) ∨           |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | Summary        |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| ∧                    |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 脈拍(回/分) ●            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 100                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 50                   |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| SpO <sub>2</sub> (%) |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 手術時間:<br>麻酔時間: |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 呼吸数(回/分)             |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 輸 液                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 出 血                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |

麻 醉 管 理 記 録 (例)

日本歯科麻酔学会

|                      |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|----------------------|--|-------------|--|----------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|-------|--|--|--|----------------|--|--|--|--|--|--|--|-------------|--|-------|--|--|--|--|--|-----------------|--|--|--|
| No                   |  |             |  | 氏名                         |  |  |  | 症例No.192                   |  |  |  | 歳     |  |  |  | 既往歴・内服薬・検査所見など |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 処置日 20    —    —     |  |             |  | 身長                      cm |  |  |  | 体重                      kg |  |  |  | 男 ・ 女 |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  | ASA : 1・2・3・4・E |  |  |  |
| 診断名                  |  |             |  |                            |  |  |  | 治療内容                       |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 時間                   |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 予定時間:       |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| O <sub>2</sub>       |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 術者          |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 助手          |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 全身管理<br>担当者 |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| Symbols              |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | Remarks     |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 手術開始・終了 ◎            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 麻酔開始・終了 ×            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 200                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 150                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 血圧(mmHg) ∨           |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| ∧                    |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 脈拍(回/分) ●            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 100                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 50                   |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| SpO <sub>2</sub> (%) |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | Summary     |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 呼吸数(回/分)             |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 輸 液                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 出 血                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | ml          |  | 手術時間: |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | g           |  | 麻酔時間: |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |



## 麻 醉 管 理 記 録 (例)

日本歯科麻酔学会

|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|----------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|-------|--|--|--|-----------------|--|--|--|--|--|--|--|----------------|--|--|--|--|--|--|--|-------|--|--|--|-------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| No                   |  |  |  | 氏名                         |  |  |  | 症例No.193                   |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  | 既往歴・内服薬・検査所見など |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 処置日 20      —      — |  |  |  | 身長                      cm |  |  |  | 体重                      kg |  |  |  | 男 ・ 女 |  |  |  | ASA : 1・2・3・4・E |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 診断名                  |  |  |  |                            |  |  |  | 治療内容                       |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 時間                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 予定時間: |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| O <sub>2</sub>       |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  | 術者          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  | 助手          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  | 全身管理<br>担当者 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Symbols              |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  | Remarks     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 手術開始・終了 ◎            |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 麻酔開始・終了 ×            |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 200                  |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 150                  |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 手術開始・終了 ◎            |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 麻酔開始・終了 ×            |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 100                  |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 50                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| SpO <sub>2</sub> (%) |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  | Summary     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 呼吸数(回/分)             |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 輸 液                  |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 出 血                  |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  | 手術時間:       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  | 麻酔時間:       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

麻 醉 管 理 記 録（例）

日本歯科麻酔学会

|                      |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
|----------------------|--|-------------|--|----------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|-----|--|--|--|----------------|--|--|--|--|--|--|--|----------------|--|--|--|--|--|--|--|---------------|--|--|--|
| No                   |  |             |  | 氏名                         |  |  |  | 症例No.194                   |  |  |  | 歳   |  |  |  | 既往歴・内服薬・検査所見など |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
| 処置日 20    —    —     |  |             |  | 身長                      cm |  |  |  | 体重                      kg |  |  |  | 男・女 |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | ASA：1・2・3・4・E |  |  |  |
| 診断名                  |  |             |  |                            |  |  |  | 治療内容                       |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
| 時間                   |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 予定時間：          |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
| O <sub>2</sub>       |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 術者             |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 助手             |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 全身管理<br>担当者    |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
| Symbols              |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | Remarks        |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
| 手術開始・終了 ◎            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
| 麻酔開始・終了 ×            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
| 200                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
| 150                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
| 血圧(mmHg) ∨           |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | Summary        |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
| ∧                    |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
| 脈拍(回/分) ●            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
| 100                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
| 50                   |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
| SpO <sub>2</sub> (%) |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 手術時間：<br>麻酔時間： |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
| 呼吸数(回/分)             |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
| 輸 液                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
| 出 血                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |

麻 醉 管 理 記 録 (例)

日本歯科麻酔学会

|                      |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|----------------------|--|-------------|--|----------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|-------|--|--|--|----------------|--|--|--|--|--|--|--|-------------|--|-------|--|--|--|--|--|-----------------|--|--|--|
| No                   |  |             |  | 氏名                         |  |  |  | 症例No.195                   |  |  |  | 歳     |  |  |  | 既往歴・内服薬・検査所見など |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 処置日 20    —    —     |  |             |  | 身長                      cm |  |  |  | 体重                      kg |  |  |  | 男 ・ 女 |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  | ASA : 1・2・3・4・E |  |  |  |
| 診断名                  |  |             |  |                            |  |  |  | 治療内容                       |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 時間                   |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 予定時間:       |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| O <sub>2</sub>       |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 術者          |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 助手          |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 全身管理<br>担当者 |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| Symbols              |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | Remarks     |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 手術開始・終了 ◎            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 麻酔開始・終了 ×            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 200                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 150                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 血圧(mmHg) ∨           |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| ∧                    |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 脈拍(回/分) ●            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 100                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 50                   |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| SpO <sub>2</sub> (%) |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | Summary     |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 呼吸数(回/分)             |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 輸 液                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 出 血                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | ml          |  | 手術時間: |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | g           |  | 麻酔時間: |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |

麻 醉 管 理 記 録 (例)

日本歯科麻酔学会

|                      |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|----------------------|--|-------------|--|----------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|-------|--|--|--|----------------|--|--|--|--|--|--|--|-------------|--|--|--|--|--|--|--|-----------------|--|--|--|
| No                   |  |             |  | 氏名                         |  |  |  | 症例No.196                   |  |  |  | 歳     |  |  |  | 既往歴・内服薬・検査所見など |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 処置日 20    —    —     |  |             |  | 身長                      cm |  |  |  | 体重                      kg |  |  |  | 男 ・ 女 |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  | ASA : 1・2・3・4・E |  |  |  |
| 診断名                  |  |             |  |                            |  |  |  | 治療内容                       |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 時間                   |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 予定時間:       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| O <sub>2</sub>       |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 術者          |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 助手          |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 全身管理<br>担当者 |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| Symbols              |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | Remarks     |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 手術開始・終了 ◎            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 麻酔開始・終了 ×            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 血圧(mmHg) ∨           |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 脈拍(回/分) ●            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 200                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | Summary     |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 150                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 100                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 50                   |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| SpO <sub>2</sub> (%) |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 呼吸数(回/分)             |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 輸 液                  |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | ml 手術時間:    |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 出 血                  |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | g 麻酔時間:     |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |

麻 醉 管 理 記 録 (例)

日本歯科麻酔学会

|                      |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|----------------------|--|-------------|--|----------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|-------|--|--|--|----------------|--|--|--|--|--|--|--|-------------|--|--|--|--|--|--|--|-----------------|--|--|--|
| No                   |  |             |  | 氏名                         |  |  |  | 症例No.197                   |  |  |  | 歳     |  |  |  | 既往歴・内服薬・検査所見など |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 処置日 20    —    —     |  |             |  | 身長                      cm |  |  |  | 体重                      kg |  |  |  | 男 ・ 女 |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  | ASA : 1・2・3・4・E |  |  |  |
| 診断名                  |  |             |  |                            |  |  |  | 治療内容                       |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 時間                   |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 予定時間:       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| O <sub>2</sub>       |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 術者          |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 助手          |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 全身管理<br>担当者 |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| Symbols              |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | Remarks     |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 手術開始・終了 ◎            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 麻酔開始・終了 ×            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 200                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 150                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 血圧(mmHg) ∨           |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | Summary     |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| ∧                    |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 脈拍(回/分) ●            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 100                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 50                   |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| SpO <sub>2</sub> (%) |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 呼吸数(回/分)             |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 輸 液                  |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | ml 手術時間:    |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 出 血                  |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | g 麻酔時間:     |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |

麻 醉 管 理 記 録 (例)

日本歯科麻酔学会

|                      |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|----------------------|--|-------------|--|----------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|-------|--|--|--|----------------|--|--|--|--|--|--|--|-------------|--|-------|--|--|--|--|--|-----------------|--|--|--|
| No                   |  |             |  | 氏名                         |  |  |  | 症例No.198                   |  |  |  | 歳     |  |  |  | 既往歴・内服薬・検査所見など |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 処置日 20    —    —     |  |             |  | 身長                      cm |  |  |  | 体重                      kg |  |  |  | 男 ・ 女 |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  | ASA : 1・2・3・4・E |  |  |  |
| 診断名                  |  |             |  |                            |  |  |  | 治療内容                       |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 時間                   |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 予定時間:       |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| O <sub>2</sub>       |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 術者          |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 助手          |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 全身管理<br>担当者 |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| Symbols              |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | Remarks     |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 手術開始・終了 ◎            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 麻酔開始・終了 ×            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 200                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 150                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 血圧(mmHg) ∨           |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | Summary     |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| ∧                    |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 脈拍(回/分) ●            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 100                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 50                   |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| SpO <sub>2</sub> (%) |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 手術時間:       |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 呼吸数(回/分)             |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  | 麻酔時間: |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 輸 液                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 出 血                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | ml          |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | g           |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |

## 麻 醉 管 理 記 録 (例)

日本歯科麻酔学会

|                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|-------|--|--|--|-----------------|--|--|--|--|--|--|--|--------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| No                                                                                                |  |  |  | 氏名                         |  |  |  | 症例No.199                   |  |  |  | 歳     |  |  |  | 既往歴・内服薬・検査所見など  |  |  |  |  |  |  |  |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 処置日 20      —      —                                                                              |  |  |  | 身長                      cm |  |  |  | 体重                      kg |  |  |  | 男 ・ 女 |  |  |  | ASA : 1・2・3・4・E |  |  |  |  |  |  |  |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 診断名                                                                                               |  |  |  |                            |  |  |  | 治療内容                       |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 時間                                                                                                |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  | 予定時間:              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| O <sub>2</sub>                                                                                    |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  | 術者                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  | 助手                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  | 全身管理<br>担当者        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Symbols                                                                                           |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  | Remarks            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 手術開始・終了 ◎<br>麻酔開始・終了 ×<br><br>200<br><br>150<br>血圧(mmHg) ∨<br>^<br>脈拍(回/分) ●<br><br>100<br><br>50 |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  | Summary            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| SpO <sub>2</sub> (%)                                                                              |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  | 手術時間:<br><br>麻酔時間: |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 呼吸数(回/分)                                                                                          |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 輸 液                                                                                               |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 出 血                                                                                               |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  | ml                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  | g                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |





麻 醉 管 理 記 録 (例)

日本歯科麻酔学会

|                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|-------|--|--|--|----------------|--|--|--|-------------|--|--|--|-------|--|--|--|--|--|--|--|-----------------|--|--|--|
| No                     |  |  |  | 氏名                         |  |  |  | 症例No.201                   |  |  |  | 歳     |  |  |  | 既往歴・内服薬・検査所見など |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 処置日 20    —    —       |  |  |  | 身長                      cm |  |  |  | 体重                      kg |  |  |  | 男 ・ 女 |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  | ASA : 1・2・3・4・E |  |  |  |
| 診断名                    |  |  |  |                            |  |  |  | 治療内容                       |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 時間                     |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  | 予定時間: |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| O <sub>2</sub>         |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  | 術者          |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  | 助手          |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  | 全身管理<br>担当者 |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| Symbols                |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  | Remarks     |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 手術開始・終了 ◎<br>麻酔開始・終了 × |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 200                    |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  | Summary     |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 150                    |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 100                    |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 50                     |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| SpO <sub>2</sub> (%)   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 呼吸数(回/分)               |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 輸 液                    |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  | ml 手術時間:    |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 出 血                    |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  | g 麻酔時間:     |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |

麻 醉 管 理 記 録 (例)

日本歯科麻酔学会

|                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|-------|--|--|--|----------------|--|--|--|-------------|--|--|--|------------|--|--|--|--|--|--|--|-----------------|--|--|--|
| No                     |  |  |  | 氏名                         |  |  |  | 症例No.202                   |  |  |  | 歳     |  |  |  | 既往歴・内服薬・検査所見など |  |  |  |             |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 処置日 20    —    —       |  |  |  | 身長                      cm |  |  |  | 体重                      kg |  |  |  | 男 ・ 女 |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  | ASA : 1・2・3・4・E |  |  |  |
| 診断名                    |  |  |  |                            |  |  |  | 治療内容                       |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 時間                     |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  | 予定時間:      |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| O <sub>2</sub>         |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  | 術者          |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  | 助手          |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  | 全身管理<br>担当者 |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| Symbols                |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  | Remarks     |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 手術開始・終了 ◎<br>麻酔開始・終了 × |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 200                    |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  | Summary     |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 150                    |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 100                    |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 50                     |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| SpO <sub>2</sub> (%)   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  | 手術時間:<br>ml |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 呼吸数(回/分)               |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  | 麻酔時間:<br>g |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 輸 液                    |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 出 血                    |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |

麻 醉 管 理 記 録 (例)

日本歯科麻酔学会

|                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|-----|--|--|--|-----------------|--|--|--|-------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| No                     |  |  |  | 氏名                         |  |  |  | 症例No.203                   |  |  |  | 歳   |  |  |  | 既往歴・内服薬・検査所見など  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 処置日 20      —      —   |  |  |  | 身長                      cm |  |  |  | 体重                      kg |  |  |  | 男・女 |  |  |  | ASA : 1・2・3・4・E |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 診断名                    |  |  |  |                            |  |  |  | 治療内容                       |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 時間                     |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  | 予定時間:       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| O <sub>2</sub>         |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  | 術者          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  | 助手          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  | 全身管理<br>担当者 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Symbols                |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  | Remarks     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 手術開始・終了 ◎<br>麻酔開始・終了 × |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 200                    |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 150                    |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 100                    |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 50                     |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| SpO <sub>2</sub> (%)   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 呼吸数(回/分)               |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 輸 液                    |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  | ml          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 出 血                    |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  | g           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

麻 醉 管 理 記 録 (例)

日本歯科麻酔学会

|                      |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|----------------------|--|-------------|--|----------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|-------|--|--|--|----------------|--|--|--|--|--|--|--|-------------|--|--|--|--|--|--|--|-----------------|--|--|--|
| No                   |  |             |  | 氏名                         |  |  |  | 症例No.204                   |  |  |  | 歳     |  |  |  | 既往歴・内服薬・検査所見など |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 処置日 20    —    —     |  |             |  | 身長                      cm |  |  |  | 体重                      kg |  |  |  | 男 ・ 女 |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  | ASA : 1・2・3・4・E |  |  |  |
| 診断名                  |  |             |  |                            |  |  |  | 治療内容                       |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 時間                   |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 予定時間:       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| O <sub>2</sub>       |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 術者          |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 助手          |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 全身管理<br>担当者 |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| Symbols              |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | Remarks     |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 手術開始・終了 ◎            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 麻酔開始・終了 ×            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 200                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 150                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 血圧(mmHg) ∨           |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | Summary     |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| ∧                    |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 脈拍(回/分) ●            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 100                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 50                   |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| SpO <sub>2</sub> (%) |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 呼吸数(回/分)             |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 輸 液                  |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | ml 手術時間:    |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 出 血                  |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | g 麻酔時間:     |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |

麻 醉 管 理 記 録 (例)

日本歯科麻酔学会

|                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |    |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|-----|--|--|--|----------------|--|--|--|----|--|--|--|-------------|--|--|--|--|--|--|--|-----------------|--|--|--|
| No                     |  |  |  | 氏名                         |  |  |  | 症例No.205                   |  |  |  | 歳   |  |  |  | 既往歴・内服薬・検査所見など |  |  |  |    |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 処置日 20    —    —       |  |  |  | 身長                      cm |  |  |  | 体重                      kg |  |  |  | 男・女 |  |  |  |                |  |  |  |    |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  | ASA : 1・2・3・4・E |  |  |  |
| 診断名                    |  |  |  |                            |  |  |  | 治療内容                       |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |    |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 時間                     |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |    |  |  |  | 予定時間:       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| O <sub>2</sub>         |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  | ℓ  |  |  |  | 術者          |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |    |  |  |  | 助手          |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |    |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |    |  |  |  | 全身管理<br>担当者 |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |    |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| Symbols                |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |    |  |  |  | Remarks     |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 手術開始・終了 ◎<br>麻酔開始・終了 × |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |    |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 200                    |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |    |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 150                    |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |    |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 血圧(mmHg) ∨<br>∧        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |    |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 脈拍(回/分) ●              |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |    |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 100                    |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |    |  |  |  | Summary     |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 50                     |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |    |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| SpO <sub>2</sub> (%)   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |    |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 呼吸数(回/分)               |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |    |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 輸 液                    |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  | ml |  |  |  | 手術時間:       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 出 血                    |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  | g  |  |  |  | 麻酔時間:       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |

麻 醉 管 理 記 録 (例)

日本歯科麻酔学会

|                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|-------|--|--|--|----------------|--|--|--|-------------|--|--|--|------------|--|--|--|--|--|--|--|-----------------|--|--|--|
| No                     |  |  |  | 氏名                         |  |  |  | 症例No.206                   |  |  |  | 歳     |  |  |  | 既往歴・内服薬・検査所見など |  |  |  |             |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 処置日 20    —    —       |  |  |  | 身長                      cm |  |  |  | 体重                      kg |  |  |  | 男 ・ 女 |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  | ASA : 1・2・3・4・E |  |  |  |
| 診断名                    |  |  |  |                            |  |  |  | 治療内容                       |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 時間                     |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  | 予定時間:      |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| O <sub>2</sub>         |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  | 術者          |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  | 助手          |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  | 全身管理<br>担当者 |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| Symbols                |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  | Remarks     |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 手術開始・終了 ◎<br>麻酔開始・終了 × |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 200                    |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  | Summary     |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 150                    |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 100                    |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 50                     |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| SpO <sub>2</sub> (%)   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  | 手術時間:<br>ml |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 呼吸数(回/分)               |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  | 麻酔時間:<br>g |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 輸 液                    |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 出 血                    |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |

麻 醉 管 理 記 録 (例)

日本歯科麻酔学会

|                      |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|----------------------|--|-------------|--|----------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|-------|--|--|--|----------------|--|--|--|--|--|--|--|----------------|--|--|--|--|--|--|--|-----------------|--|--|--|
| No                   |  |             |  | 氏名                         |  |  |  | 症例No.207                   |  |  |  | 歳     |  |  |  | 既往歴・内服薬・検査所見など |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 処置日 20    —    —     |  |             |  | 身長                      cm |  |  |  | 体重                      kg |  |  |  | 男 ・ 女 |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | ASA : 1・2・3・4・E |  |  |  |
| 診断名                  |  |             |  |                            |  |  |  | 治療内容                       |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 時間                   |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 予定時間:          |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| O <sub>2</sub>       |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 術者             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 助手             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 全身管理<br>担当者    |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| Symbols              |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | Remarks        |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 手術開始・終了 ◎            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 麻酔開始・終了 ×            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 200                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 150                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 血圧(mmHg) ∨           |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | Summary        |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| ∧                    |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 脈拍(回/分) ●            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 100                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 50                   |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| SpO <sub>2</sub> (%) |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 手術時間:<br>麻酔時間: |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 呼吸数(回/分)             |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 輸 液                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 出 血                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |

麻 醉 管 理 記 録 (例)

日本歯科麻酔学会

|                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|-----|--|--|--|-----------------|--|-------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| No                                                                                                |  |  |  | 氏名                         |  |  |  | 症例No.208                   |  |  |  | 歳   |  |  |  | 既往歴・内服薬・検査所見など  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 処置日 20      —      —                                                                              |  |  |  | 身長                      cm |  |  |  | 体重                      kg |  |  |  | 男・女 |  |  |  | ASA : 1・2・3・4・E |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 診断名                                                                                               |  |  |  |                            |  |  |  | 治療内容                       |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 時間                                                                                                |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  | 予定時間:       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| O <sub>2</sub>                                                                                    |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  | ℓ 術者        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  | 助手          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  | 全身管理<br>担当者 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Symbols                                                                                           |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  | Remarks     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 手術開始・終了 ◎<br>麻酔開始・終了 ×<br><br>200<br><br>150<br>血压(mmHg) ∨<br>^<br>脈拍(回/分) ●<br><br>100<br><br>50 |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| SpO <sub>2</sub> (%)                                                                              |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  | Summary     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 呼吸数(回/分)                                                                                          |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 輸 液                                                                                               |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  | ml 手術時間:    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 出 血                                                                                               |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  | g 麻酔時間:     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |



麻 醉 管 理 記 録（例）

日本歯科麻酔学会

|                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
|------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|-----|--|--|--|----------------|--|--|--|-------------|--|--|--|------------|--|--|--|--|--|--|--|---------------|--|--|--|
| No                     |  |  |  | 氏名                         |  |  |  | 症例No.209                   |  |  |  | 歳   |  |  |  | 既往歴・内服薬・検査所見など |  |  |  |             |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
| 処置日 20    —    —       |  |  |  | 身長                      cm |  |  |  | 体重                      kg |  |  |  | 男・女 |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  | ASA：1・2・3・4・E |  |  |  |
| 診断名                    |  |  |  |                            |  |  |  | 治療内容                       |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
| 時間                     |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  | 予定時間：      |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
| O <sub>2</sub>         |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  | 術者          |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
|                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
|                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  | 助手          |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
|                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
|                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  | 全身管理<br>担当者 |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
| Symbols                |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  | Remarks     |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
| 手術開始・終了 ◎<br>麻酔開始・終了 × |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
| 200                    |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  | Summary     |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
| 150                    |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
| 100                    |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
| 50                     |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
| SpO <sub>2</sub> (%)   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  | 手術時間：<br>ml |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
| 呼吸数(回/分)               |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  | 麻酔時間：<br>g |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
| 輸 液                    |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
| 出 血                    |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |

麻 醉 管 理 記 録 (例)

日本歯科麻酔学会

|                      |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|----------------------|--|-------------|--|----------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|-------|--|--|--|----------------|--|--|--|--|--|--|--|----------------|--|--|--|--|--|--|--|-----------------|--|--|--|
| No                   |  |             |  | 氏名                         |  |  |  | 症例No.210                   |  |  |  | 歳     |  |  |  | 既往歴・内服薬・検査所見など |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 処置日 20    —    —     |  |             |  | 身長                      cm |  |  |  | 体重                      kg |  |  |  | 男 ・ 女 |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | ASA : 1・2・3・4・E |  |  |  |
| 診断名                  |  |             |  |                            |  |  |  | 治療内容                       |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 時間                   |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 予定時間:          |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| O <sub>2</sub>       |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 術者             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 助手             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 全身管理<br>担当者    |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| Symbols              |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | Remarks        |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 手術開始・終了 ◎            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 麻酔開始・終了 ×            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 200                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 150                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 血圧(mmHg) ∨           |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | Summary        |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| ∧                    |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 脈拍(回/分) ●            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 100                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 50                   |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| SpO <sub>2</sub> (%) |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 手術時間:<br>麻酔時間: |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 呼吸数(回/分)             |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 輸 液                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 出 血                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |

麻 醉 管 理 記 録 (例)

日本歯科麻酔学会

|                      |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|----------------------|--|-------------|--|----------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|-------|--|--|--|----------------|--|--|--|--|--|--|--|-------------|--|--|--|--|--|--|--|-----------------|--|--|--|
| No                   |  |             |  | 氏名                         |  |  |  | 症例No.211                   |  |  |  | 歳     |  |  |  | 既往歴・内服薬・検査所見など |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 処置日 20    —    —     |  |             |  | 身長                      cm |  |  |  | 体重                      kg |  |  |  | 男 ・ 女 |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  | ASA : 1・2・3・4・E |  |  |  |
| 診断名                  |  |             |  |                            |  |  |  | 治療内容                       |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 時間                   |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 予定時間:       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| O <sub>2</sub>       |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 術者          |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 助手          |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 全身管理<br>担当者 |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| Symbols              |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | Remarks     |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 手術開始・終了 ◎            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 麻酔開始・終了 ×            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 200                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 150                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 血圧(mmHg) ∨           |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | Summary     |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| ∧                    |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 脈拍(回/分) ●            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 100                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 50                   |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| SpO <sub>2</sub> (%) |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 呼吸数(回/分)             |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 輸 液                  |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | ml 手術時間:    |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 出 血                  |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | g 麻酔時間:     |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |

麻 醉 管 理 記 録 (例)

日本歯科麻酔学会

|                      |  |  |  |    |  |  |  |          |  |  |  |      |  |  |  |    |  |  |  |    |  |  |  |    |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|----------------------|--|--|--|----|--|--|--|----------|--|--|--|------|--|--|--|----|--|--|--|----|--|--|--|----|--|--|--|-----|--|--|--|-----------------|--|--|--|--|--|--|--|----------------|--|--|--|--|--|--|--|----------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| No                   |  |  |  | 氏名 |  |  |  | 症例No.212 |  |  |  |      |  |  |  |    |  |  |  |    |  |  |  | 歳  |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  | 既往歴・内服薬・検査所見など |  |  |  |  |  |  |  |          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 処置日 20               |  |  |  | —  |  |  |  | —        |  |  |  | 身長   |  |  |  | cm |  |  |  | 体重 |  |  |  | kg |  |  |  | 男・女 |  |  |  | ASA : 1・2・3・4・E |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 診断名                  |  |  |  |    |  |  |  |          |  |  |  | 治療内容 |  |  |  |    |  |  |  |    |  |  |  |    |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 時間                   |  |  |  |    |  |  |  |          |  |  |  |      |  |  |  |    |  |  |  |    |  |  |  |    |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 予定時間:    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| O <sub>2</sub>       |  |  |  |    |  |  |  |          |  |  |  | ℓ    |  |  |  |    |  |  |  |    |  |  |  |    |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 術者       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                      |  |  |  |    |  |  |  |          |  |  |  |      |  |  |  |    |  |  |  |    |  |  |  |    |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                      |  |  |  |    |  |  |  |          |  |  |  |      |  |  |  |    |  |  |  |    |  |  |  |    |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 助手       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                      |  |  |  |    |  |  |  |          |  |  |  |      |  |  |  |    |  |  |  |    |  |  |  |    |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                      |  |  |  |    |  |  |  |          |  |  |  |      |  |  |  |    |  |  |  |    |  |  |  |    |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 全身管理     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                      |  |  |  |    |  |  |  |          |  |  |  |      |  |  |  |    |  |  |  |    |  |  |  |    |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 担当者      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Symbols              |  |  |  |    |  |  |  |          |  |  |  |      |  |  |  |    |  |  |  |    |  |  |  |    |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | Remarks  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 手術開始・終了 ◎            |  |  |  |    |  |  |  |          |  |  |  |      |  |  |  |    |  |  |  |    |  |  |  |    |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 麻酔開始・終了 ×            |  |  |  |    |  |  |  |          |  |  |  |      |  |  |  |    |  |  |  |    |  |  |  |    |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 200                  |  |  |  |    |  |  |  |          |  |  |  |      |  |  |  |    |  |  |  |    |  |  |  |    |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 150                  |  |  |  |    |  |  |  |          |  |  |  |      |  |  |  |    |  |  |  |    |  |  |  |    |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 100                  |  |  |  |    |  |  |  |          |  |  |  |      |  |  |  |    |  |  |  |    |  |  |  |    |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 50                   |  |  |  |    |  |  |  |          |  |  |  |      |  |  |  |    |  |  |  |    |  |  |  |    |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | Summary  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                      |  |  |  |    |  |  |  |          |  |  |  |      |  |  |  |    |  |  |  |    |  |  |  |    |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                      |  |  |  |    |  |  |  |          |  |  |  |      |  |  |  |    |  |  |  |    |  |  |  |    |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                      |  |  |  |    |  |  |  |          |  |  |  |      |  |  |  |    |  |  |  |    |  |  |  |    |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                      |  |  |  |    |  |  |  |          |  |  |  |      |  |  |  |    |  |  |  |    |  |  |  |    |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| SpO <sub>2</sub> (%) |  |  |  |    |  |  |  |          |  |  |  |      |  |  |  |    |  |  |  |    |  |  |  |    |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 呼吸数(回/分)             |  |  |  |    |  |  |  |          |  |  |  |      |  |  |  |    |  |  |  |    |  |  |  |    |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 輸液                   |  |  |  |    |  |  |  |          |  |  |  |      |  |  |  |    |  |  |  |    |  |  |  |    |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 出血                   |  |  |  |    |  |  |  |          |  |  |  |      |  |  |  |    |  |  |  |    |  |  |  |    |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | ml 手術時間: |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                      |  |  |  |    |  |  |  |          |  |  |  |      |  |  |  |    |  |  |  |    |  |  |  |    |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | g 麻酔時間:  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

麻 醉 管 理 記 録 (例)

日本歯科麻酔学会

|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|----------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|-------|--|--|--|----------------|--|--|--|--|--|-------------|--|-------|--|--|--|--|--|--|--|-----------------|--|--|--|
| No                   |  |  |  | 氏名                         |  |  |  | 症例No.213                   |  |  |  | 歳     |  |  |  | 既往歴・内服薬・検査所見など |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 処置日 20    —    —     |  |  |  | 身長                      cm |  |  |  | 体重                      kg |  |  |  | 男 ・ 女 |  |  |  |                |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |  |  | ASA : 1・2・3・4・E |  |  |  |
| 診断名                  |  |  |  |                            |  |  |  | 治療内容                       |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 時間                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |             |  | 予定時間: |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| O <sub>2</sub>       |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  | 術者          |  |       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  | 助手          |  |       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  | 全身管理<br>担当者 |  |       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| Symbols              |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  | Remarks     |  |       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 手術開始・終了 ◎            |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 麻酔開始・終了 ×            |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 200                  |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 150                  |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 血圧(mmHg) ∨           |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  | Summary     |  |       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| ∧                    |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 脈拍(回/分) ●            |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 100                  |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 50                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| SpO <sub>2</sub> (%) |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 呼吸数(回/分)             |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 輸 液                  |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  | ml          |  | 手術時間: |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 出 血                  |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  | g           |  | 麻酔時間: |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |

麻 醉 管 理 記 録 (例)

日本歯科麻酔学会

|                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|-------|--|--|--|-----------------|--|--|--|----------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|----------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| No                     |  |  |  | 氏名                         |  |  |  | 症例No.214                   |  |  |  | 歳     |  |  |  | 既往歴・内服薬・検査所見など  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 処置日 20      —      —   |  |  |  | 身長                      cm |  |  |  | 体重                      kg |  |  |  | 男 ・ 女 |  |  |  | ASA : 1・2・3・4・E |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 診断名                    |  |  |  |                            |  |  |  | 治療内容                       |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 時間                     |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  | 予定時間:          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| O <sub>2</sub>         |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  | O <sub>2</sub> |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 術者             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 助手             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 全身管理<br>担当者    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Symbols                |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Remarks        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 手術開始・終了 ◎<br>麻酔開始・終了 × |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 200                    |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 150                    |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 100                    |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| SpO <sub>2</sub> (%)   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Summary        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 呼吸数(回/分)               |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 輸 液                    |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 出 血                    |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 手術時間:<br>麻酔時間: |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

麻 醉 管 理 記 録 (例)

日本歯科麻酔学会

|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|----------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|-------|--|--|--|----------------|--|--|--|--|--|-------------|--|-------|--|--|--|--|--|--|--|-----------------|--|--|--|
| No                   |  |  |  | 氏名                         |  |  |  | 症例No.215                   |  |  |  | 歳     |  |  |  | 既往歴・内服薬・検査所見など |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 処置日 20    —    —     |  |  |  | 身長                      cm |  |  |  | 体重                      kg |  |  |  | 男 ・ 女 |  |  |  |                |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |  |  | ASA : 1・2・3・4・E |  |  |  |
| 診断名                  |  |  |  |                            |  |  |  | 治療内容                       |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 時間                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |             |  | 予定時間: |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| O <sub>2</sub>       |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  | 術者          |  |       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  | 助手          |  |       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  | 全身管理<br>担当者 |  |       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| Symbols              |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  | Remarks     |  |       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 手術開始・終了 ◎            |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 麻酔開始・終了 ×            |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 200                  |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 150                  |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 血圧(mmHg) ∨           |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  | Summary     |  |       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| ∧                    |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 脈拍(回/分) ●            |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 100                  |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 50                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| SpO <sub>2</sub> (%) |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 呼吸数(回/分)             |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 輸 液                  |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  | ml 手術時間:    |  |       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 出 血                  |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  | g 麻酔時間:     |  |       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |

麻 醉 管 理 記 録 (例)

日本歯科麻酔学会

|                      |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|----------------------|--|-------------|--|----------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|-------|--|--|--|----------------|--|--|--|--|--|--|--|-------------|--|--|--|--|--|--|--|-----------------|--|--|--|
| No                   |  |             |  | 氏名                         |  |  |  | 症例No.216                   |  |  |  | 歳     |  |  |  | 既往歴・内服薬・検査所見など |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 処置日 20    —    —     |  |             |  | 身長                      cm |  |  |  | 体重                      kg |  |  |  | 男 ・ 女 |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  | ASA : 1・2・3・4・E |  |  |  |
| 診断名                  |  |             |  |                            |  |  |  | 治療内容                       |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 時間                   |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 予定時間:       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| O <sub>2</sub>       |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 術者          |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 助手          |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 全身管理<br>担当者 |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| Symbols              |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | Remarks     |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 手術開始・終了 ◎            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 麻酔開始・終了 ×            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 200                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 150                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 血圧(mmHg) ∨           |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | Summary     |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| ∧                    |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 脈拍(回/分) ●            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 100                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 50                   |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| SpO <sub>2</sub> (%) |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 呼吸数(回/分)             |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 輸 液                  |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | ml 手術時間:    |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 出 血                  |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | g 麻酔時間:     |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |



## 麻 醉 管 理 記 録 (例)

日本歯科麻酔学会

|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
|----------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|-------|--|--|--|-----------------|--|--|--|--|--|--|--|----------------|--|--|--|--|--|--|--|-------|--|--|--|-------------|--|--|--|-------|--|--|--|--|--|--|--|
| No                   |  |  |  | 氏名                         |  |  |  | 症例No.217                   |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  | 既往歴・内服薬・検査所見など |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
| 処置日 20      —      — |  |  |  | 身長                      cm |  |  |  | 体重                      kg |  |  |  | 男 ・ 女 |  |  |  | ASA : 1・2・3・4・E |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
| 診断名                  |  |  |  |                            |  |  |  | 治療内容                       |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
| 時間                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 予定時間: |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
| O <sub>2</sub>       |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  | 術者          |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  | 助手          |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  | 全身管理<br>担当者 |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
| Symbols              |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  | Remarks     |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
| 手術開始・終了 ◎            |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
| 麻酔開始・終了 ×            |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
| 200                  |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
| 手術開始・終了 ◎            |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
| 麻酔開始・終了 ×            |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
| 150                  |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  | Summary     |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
| 手術開始・終了 ◎            |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
| 麻酔開始・終了 ×            |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
| 100                  |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
| 手術開始・終了 ◎            |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
| 麻酔開始・終了 ×            |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
| 50                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
| 手術開始・終了 ◎            |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
| 麻酔開始・終了 ×            |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
| SpO <sub>2</sub> (%) |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
| 呼吸数(回/分)             |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
| 輸 液                  |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
| 出 血                  |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  | ml          |  |  |  | 手術時間: |  |  |  |  |  |  |  |
|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  | g           |  |  |  | 麻酔時間: |  |  |  |  |  |  |  |

## 麻 醉 管 理 記 録 (例)

日本歯科麻酔学会

|                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|-----|--|--|--|-----------------|--|--|--|--|--|--|--|----------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| No                                                                                                |  |  |  | 氏名                         |  |  |  | 症例No.218                   |  |  |  | 歳   |  |  |  | 既往歴・内服薬・検査所見など  |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 処置日 20      —      —                                                                              |  |  |  | 身長                      cm |  |  |  | 体重                      kg |  |  |  | 男・女 |  |  |  | ASA : 1・2・3・4・E |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 診断名                                                                                               |  |  |  |                            |  |  |  | 治療内容                       |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 時間                                                                                                |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  | 予定時間:          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| O <sub>2</sub>                                                                                    |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  | 術者             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  | 助手             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  | 全身管理<br>担当者    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Symbols                                                                                           |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  | Remarks        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 手術開始・終了 ◎<br>麻酔開始・終了 ×<br><br>200<br><br>150<br>血压(mmHg) ∨<br>^<br>脈拍(回/分) ●<br><br>100<br><br>50 |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  | Summary        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| SpO <sub>2</sub> (%)                                                                              |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  | 手術時間:<br>麻酔時間: |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 呼吸数(回/分)                                                                                          |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 輸 液                                                                                               |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  | ml             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 出 血                                                                                               |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  | g              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

麻 醉 管 理 記 録 (例)

日本歯科麻酔学会

|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|----------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|-----|--|--|--|-----------------|--|--|--|-------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| No                   |  |  |  | 氏名                         |  |  |  | 症例No.219                   |  |  |  | 歳   |  |  |  | 既往歴・内服薬・検査所見など  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 処置日 20      —      — |  |  |  | 身長                      cm |  |  |  | 体重                      kg |  |  |  | 男・女 |  |  |  | ASA : 1・2・3・4・E |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 診断名                  |  |  |  |                            |  |  |  | 治療内容                       |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 時間                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  | 予定時間:       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| O <sub>2</sub>       |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  | 術者          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  | 助手          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  | 全身管理<br>担当者 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Symbols              |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  | Remarks     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 手術開始・終了 ◎            |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 麻酔開始・終了 ×            |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 200                  |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  | Summary     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 150                  |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 100                  |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 50                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| SpO <sub>2</sub> (%) |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 呼吸数(回/分)             |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 輸 液                  |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  | ml 手術時間:    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 出 血                  |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  | g 麻酔時間:     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

麻 醉 管 理 記 録 (例)

日本歯科麻酔学会

|                      |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |         |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|----------------------|--|-------------|--|----------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|-------|--|--|--|----------------|--|--|--|--|--|---------|--|-------------|--|--|--|--|--|--|--|-----------------|--|--|--|
| No                   |  |             |  | 氏名                         |  |  |  | 症例No.220                   |  |  |  | 歳     |  |  |  | 既往歴・内服薬・検査所見など |  |  |  |  |  |         |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 処置日 20    —    —     |  |             |  | 身長                      cm |  |  |  | 体重                      kg |  |  |  | 男 ・ 女 |  |  |  |                |  |  |  |  |  |         |  |             |  |  |  |  |  |  |  | ASA : 1・2・3・4・E |  |  |  |
| 診断名                  |  |             |  |                            |  |  |  | 治療内容                       |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |         |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 時間                   |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |         |  | 予定時間:       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| O <sub>2</sub>       |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  | ℓ       |  | 術者          |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |         |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |         |  | 助手          |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |         |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |         |  | 全身管理<br>担当者 |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| Symbols              |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  | Remarks |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 手術開始・終了 ◎            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |         |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 麻酔開始・終了 ×            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |         |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 200                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |         |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 150                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |         |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 100                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |         |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 血压(mmHg) ∨           |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  | Summary |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| ∧                    |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |         |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 脈拍(回/分) ●            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |         |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 50                   |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |         |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |         |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| SpO <sub>2</sub> (%) |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |         |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 呼吸数(回/分)             |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |         |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 輸 液                  |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  | ml      |  | 手術時間:       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 出 血                  |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  | g       |  | 麻酔時間:       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |

麻 醉 管 理 記 録 (例)

日本歯科麻酔学会

|                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |    |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|-------|--|--|--|----------------|--|--|--|----|--|--|--|-------------|--|--|--|--|--|--|--|-----------------|--|--|--|
| No                     |  |  |  | 氏名                         |  |  |  | 症例No.221                   |  |  |  | 歳     |  |  |  | 既往歴・内服薬・検査所見など |  |  |  |    |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 処置日 20    —    —       |  |  |  | 身長                      cm |  |  |  | 体重                      kg |  |  |  | 男 ・ 女 |  |  |  |                |  |  |  |    |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  | ASA : 1・2・3・4・E |  |  |  |
| 診断名                    |  |  |  |                            |  |  |  | 治療内容                       |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |    |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 時間                     |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |    |  |  |  | 予定時間:       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| O <sub>2</sub>         |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  | ℓ  |  |  |  | 術者          |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |    |  |  |  | 助手          |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |    |  |  |  | 全身管理<br>担当者 |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| Symbols                |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |    |  |  |  | Remarks     |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 手術開始・終了 ◎<br>麻酔開始・終了 × |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |    |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 200                    |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |    |  |  |  | Summary     |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 150                    |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |    |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 血圧(mmHg) ∨<br>∧        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |    |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 脈拍(回/分) ●              |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |    |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 100                    |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |    |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 50                     |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |    |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| SpO <sub>2</sub> (%)   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |    |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 呼吸数(回/分)               |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |    |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 輸 液                    |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  | ml |  |  |  | 手術時間:       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 出 血                    |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  | g  |  |  |  | 麻酔時間:       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |

麻 醉 管 理 記 録 (例)

日本歯科麻酔学会

|                      |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|----------------------|--|-------------|--|----------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|-------|--|--|--|----------------|--|--|--|--|--|--|--|-------------|--|--|--|--|--|--|--|-----------------|--|--|--|
| No                   |  |             |  | 氏名                         |  |  |  | 症例No.222                   |  |  |  | 歳     |  |  |  | 既往歴・内服薬・検査所見など |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 処置日 20    —    —     |  |             |  | 身長                      cm |  |  |  | 体重                      kg |  |  |  | 男 ・ 女 |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  | ASA : 1・2・3・4・E |  |  |  |
| 診断名                  |  |             |  |                            |  |  |  | 治療内容                       |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 時間                   |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 予定時間:       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| O <sub>2</sub>       |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 術者          |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 助手          |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 全身管理<br>担当者 |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| Symbols              |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | Remarks     |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 手術開始・終了 ◎            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 麻酔開始・終了 ×            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 200                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 150                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 血圧(mmHg) ∨           |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | Summary     |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| ∧                    |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 脈拍(回/分) ●            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 100                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 50                   |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| SpO <sub>2</sub> (%) |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 呼吸数(回/分)             |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 輸 液                  |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | ml 手術時間:    |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 出 血                  |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | g 麻酔時間:     |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |

## 麻 醉 管 理 記 録 (例)

日本歯科麻酔学会

|                                                                                                   |  |  |  |    |  |  |  |          |  |  |  |    |  |  |  |      |  |  |  |    |  |  |  |    |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|----|--|--|--|----------|--|--|--|----|--|--|--|------|--|--|--|----|--|--|--|----|--|--|--|-----|--|--|--|-----------------|--|--|--|--|--|--|--|----------------|--|--|--|--|--|--|--|-------|--|--|--|-------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| No                                                                                                |  |  |  | 氏名 |  |  |  | 症例No.223 |  |  |  |    |  |  |  |      |  |  |  |    |  |  |  | 歳  |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  | 既往歴・内服薬・検査所見など |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 処置日 20                                                                                            |  |  |  | —  |  |  |  | —        |  |  |  | 身長 |  |  |  | cm   |  |  |  | 体重 |  |  |  | kg |  |  |  | 男・女 |  |  |  | ASA : 1・2・3・4・E |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 診断名                                                                                               |  |  |  |    |  |  |  |          |  |  |  |    |  |  |  | 治療内容 |  |  |  |    |  |  |  |    |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 時間                                                                                                |  |  |  |    |  |  |  |          |  |  |  |    |  |  |  |      |  |  |  |    |  |  |  |    |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 予定時間: |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| O <sub>2</sub>                                                                                    |  |  |  |    |  |  |  |          |  |  |  |    |  |  |  |      |  |  |  |    |  |  |  |    |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  | 術者          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                   |  |  |  |    |  |  |  |          |  |  |  |    |  |  |  |      |  |  |  |    |  |  |  |    |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                   |  |  |  |    |  |  |  |          |  |  |  |    |  |  |  |      |  |  |  |    |  |  |  |    |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  | 助手          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                   |  |  |  |    |  |  |  |          |  |  |  |    |  |  |  |      |  |  |  |    |  |  |  |    |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                   |  |  |  |    |  |  |  |          |  |  |  |    |  |  |  |      |  |  |  |    |  |  |  |    |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  | 全身管理<br>担当者 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Symbols                                                                                           |  |  |  |    |  |  |  |          |  |  |  |    |  |  |  |      |  |  |  |    |  |  |  |    |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  | Remarks     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 手術開始・終了 ◎<br>麻酔開始・終了 ×<br><br>200<br><br>150<br>血压(mmHg) ∨<br>∧<br>脈拍(回/分) ●<br><br>100<br><br>50 |  |  |  |    |  |  |  |          |  |  |  |    |  |  |  |      |  |  |  |    |  |  |  |    |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  | Summary     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                   |  |  |  |    |  |  |  |          |  |  |  |    |  |  |  |      |  |  |  |    |  |  |  |    |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                   |  |  |  |    |  |  |  |          |  |  |  |    |  |  |  |      |  |  |  |    |  |  |  |    |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                   |  |  |  |    |  |  |  |          |  |  |  |    |  |  |  |      |  |  |  |    |  |  |  |    |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                   |  |  |  |    |  |  |  |          |  |  |  |    |  |  |  |      |  |  |  |    |  |  |  |    |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                   |  |  |  |    |  |  |  |          |  |  |  |    |  |  |  |      |  |  |  |    |  |  |  |    |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                   |  |  |  |    |  |  |  |          |  |  |  |    |  |  |  |      |  |  |  |    |  |  |  |    |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                   |  |  |  |    |  |  |  |          |  |  |  |    |  |  |  |      |  |  |  |    |  |  |  |    |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                   |  |  |  |    |  |  |  |          |  |  |  |    |  |  |  |      |  |  |  |    |  |  |  |    |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                   |  |  |  |    |  |  |  |          |  |  |  |    |  |  |  |      |  |  |  |    |  |  |  |    |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| SpO <sub>2</sub> (%)                                                                              |  |  |  |    |  |  |  |          |  |  |  |    |  |  |  |      |  |  |  |    |  |  |  |    |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 呼吸数(回/分)                                                                                          |  |  |  |    |  |  |  |          |  |  |  |    |  |  |  |      |  |  |  |    |  |  |  |    |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 輸 液                                                                                               |  |  |  |    |  |  |  |          |  |  |  |    |  |  |  |      |  |  |  |    |  |  |  |    |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  | ml 手術時間:    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 出 血                                                                                               |  |  |  |    |  |  |  |          |  |  |  |    |  |  |  |      |  |  |  |    |  |  |  |    |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  | g 麻酔時間:     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

麻 醉 管 理 記 録 (例)

日本歯科麻酔学会

|                      |  |  |  |    |  |  |  |          |  |  |  |      |  |  |  |    |  |  |  |    |  |  |  |    |  |  |  |                |  |  |  |                 |  |  |  |         |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|----------------------|--|--|--|----|--|--|--|----------|--|--|--|------|--|--|--|----|--|--|--|----|--|--|--|----|--|--|--|----------------|--|--|--|-----------------|--|--|--|---------|--|--|--|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| No                   |  |  |  | 氏名 |  |  |  | 症例No.224 |  |  |  |      |  |  |  |    |  |  |  |    |  |  |  | 歳  |  |  |  | 既往歴・内服薬・検査所見など |  |  |  |                 |  |  |  |         |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 処置日 20               |  |  |  | —  |  |  |  | —        |  |  |  | 身長   |  |  |  | cm |  |  |  | 体重 |  |  |  | kg |  |  |  | 男・女            |  |  |  | ASA : 1・2・3・4・E |  |  |  |         |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 診断名                  |  |  |  |    |  |  |  |          |  |  |  | 治療内容 |  |  |  |    |  |  |  |    |  |  |  |    |  |  |  |                |  |  |  |                 |  |  |  |         |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 時間                   |  |  |  |    |  |  |  |          |  |  |  |      |  |  |  |    |  |  |  |    |  |  |  |    |  |  |  |                |  |  |  | 予定時間:           |  |  |  |         |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| O <sub>2</sub>       |  |  |  |    |  |  |  |          |  |  |  |      |  |  |  |    |  |  |  |    |  |  |  |    |  |  |  |                |  |  |  |                 |  |  |  | 術者      |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                      |  |  |  |    |  |  |  |          |  |  |  |      |  |  |  |    |  |  |  |    |  |  |  |    |  |  |  |                |  |  |  |                 |  |  |  |         |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                      |  |  |  |    |  |  |  |          |  |  |  |      |  |  |  |    |  |  |  |    |  |  |  |    |  |  |  |                |  |  |  |                 |  |  |  | 助手      |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                      |  |  |  |    |  |  |  |          |  |  |  |      |  |  |  |    |  |  |  |    |  |  |  |    |  |  |  |                |  |  |  |                 |  |  |  |         |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                      |  |  |  |    |  |  |  |          |  |  |  |      |  |  |  |    |  |  |  |    |  |  |  |    |  |  |  |                |  |  |  |                 |  |  |  | 全身管理    |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                      |  |  |  |    |  |  |  |          |  |  |  |      |  |  |  |    |  |  |  |    |  |  |  |    |  |  |  |                |  |  |  |                 |  |  |  | 担当者     |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Symbols              |  |  |  |    |  |  |  |          |  |  |  |      |  |  |  |    |  |  |  |    |  |  |  |    |  |  |  |                |  |  |  |                 |  |  |  | Remarks |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                      |  |  |  |    |  |  |  |          |  |  |  |      |  |  |  |    |  |  |  |    |  |  |  |    |  |  |  |                |  |  |  |                 |  |  |  |         |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 200                  |  |  |  |    |  |  |  |          |  |  |  |      |  |  |  |    |  |  |  |    |  |  |  |    |  |  |  |                |  |  |  |                 |  |  |  |         |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 手術開始・終了 ◎            |  |  |  |    |  |  |  |          |  |  |  |      |  |  |  |    |  |  |  |    |  |  |  |    |  |  |  |                |  |  |  |                 |  |  |  |         |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 麻酔開始・終了 ×            |  |  |  |    |  |  |  |          |  |  |  |      |  |  |  |    |  |  |  |    |  |  |  |    |  |  |  |                |  |  |  |                 |  |  |  |         |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                      |  |  |  |    |  |  |  |          |  |  |  |      |  |  |  |    |  |  |  |    |  |  |  |    |  |  |  |                |  |  |  |                 |  |  |  |         |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 150                  |  |  |  |    |  |  |  |          |  |  |  |      |  |  |  |    |  |  |  |    |  |  |  |    |  |  |  |                |  |  |  |                 |  |  |  |         |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 血压(mmHg) ∨           |  |  |  |    |  |  |  |          |  |  |  |      |  |  |  |    |  |  |  |    |  |  |  |    |  |  |  |                |  |  |  |                 |  |  |  |         |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ∧                    |  |  |  |    |  |  |  |          |  |  |  |      |  |  |  |    |  |  |  |    |  |  |  |    |  |  |  |                |  |  |  |                 |  |  |  |         |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 脈拍(回/分) ●            |  |  |  |    |  |  |  |          |  |  |  |      |  |  |  |    |  |  |  |    |  |  |  |    |  |  |  |                |  |  |  |                 |  |  |  |         |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 100                  |  |  |  |    |  |  |  |          |  |  |  |      |  |  |  |    |  |  |  |    |  |  |  |    |  |  |  |                |  |  |  |                 |  |  |  | Summary |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                      |  |  |  |    |  |  |  |          |  |  |  |      |  |  |  |    |  |  |  |    |  |  |  |    |  |  |  |                |  |  |  |                 |  |  |  |         |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                      |  |  |  |    |  |  |  |          |  |  |  |      |  |  |  |    |  |  |  |    |  |  |  |    |  |  |  |                |  |  |  |                 |  |  |  |         |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                      |  |  |  |    |  |  |  |          |  |  |  |      |  |  |  |    |  |  |  |    |  |  |  |    |  |  |  |                |  |  |  |                 |  |  |  |         |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                      |  |  |  |    |  |  |  |          |  |  |  |      |  |  |  |    |  |  |  |    |  |  |  |    |  |  |  |                |  |  |  |                 |  |  |  |         |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                      |  |  |  |    |  |  |  |          |  |  |  |      |  |  |  |    |  |  |  |    |  |  |  |    |  |  |  |                |  |  |  |                 |  |  |  |         |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                      |  |  |  |    |  |  |  |          |  |  |  |      |  |  |  |    |  |  |  |    |  |  |  |    |  |  |  |                |  |  |  |                 |  |  |  |         |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                      |  |  |  |    |  |  |  |          |  |  |  |      |  |  |  |    |  |  |  |    |  |  |  |    |  |  |  |                |  |  |  |                 |  |  |  |         |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                      |  |  |  |    |  |  |  |          |  |  |  |      |  |  |  |    |  |  |  |    |  |  |  |    |  |  |  |                |  |  |  |                 |  |  |  |         |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                      |  |  |  |    |  |  |  |          |  |  |  |      |  |  |  |    |  |  |  |    |  |  |  |    |  |  |  |                |  |  |  |                 |  |  |  |         |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| SpO <sub>2</sub> (%) |  |  |  |    |  |  |  |          |  |  |  |      |  |  |  |    |  |  |  |    |  |  |  |    |  |  |  |                |  |  |  |                 |  |  |  |         |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 呼吸数(回/分)             |  |  |  |    |  |  |  |          |  |  |  |      |  |  |  |    |  |  |  |    |  |  |  |    |  |  |  |                |  |  |  |                 |  |  |  |         |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                      |  |  |  |    |  |  |  |          |  |  |  |      |  |  |  |    |  |  |  |    |  |  |  |    |  |  |  |                |  |  |  |                 |  |  |  |         |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 輸 液                  |  |  |  |    |  |  |  |          |  |  |  |      |  |  |  |    |  |  |  |    |  |  |  |    |  |  |  |                |  |  |  |                 |  |  |  | ml      |  |  |  | 手術時間: |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 出 血                  |  |  |  |    |  |  |  |          |  |  |  |      |  |  |  |    |  |  |  |    |  |  |  |    |  |  |  |                |  |  |  |                 |  |  |  | g       |  |  |  | 麻酔時間: |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |



麻 醉 管 理 記 録 (例)

日本歯科麻酔学会

|                      |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|----------------------|--|-------------|--|----------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|-------|--|--|--|----------------|--|--|--|--|--|--|--|-------------|--|-------|--|--|--|--|--|-----------------|--|--|--|
| No                   |  |             |  | 氏名                         |  |  |  | 症例No.225                   |  |  |  | 歳     |  |  |  | 既往歴・内服薬・検査所見など |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 処置日 20    —    —     |  |             |  | 身長                      cm |  |  |  | 体重                      kg |  |  |  | 男 ・ 女 |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  | ASA : 1・2・3・4・E |  |  |  |
| 診断名                  |  |             |  |                            |  |  |  | 治療内容                       |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 時間                   |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 予定時間:       |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| O <sub>2</sub>       |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 術者          |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 助手          |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 全身管理<br>担当者 |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| Symbols              |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | Remarks     |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 手術開始・終了 ◎            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 麻酔開始・終了 ×            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 200                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 150                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 血圧(mmHg) ∨           |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | Summary     |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| ∧                    |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 脈拍(回/分) ●            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 100                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 50                   |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| SpO <sub>2</sub> (%) |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 手術時間:       |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 呼吸数(回/分)             |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  | 麻酔時間: |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 輸 液                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 出 血                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | ml          |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | g           |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |

## 麻 醉 管 理 記 録 (例)

日本歯科麻酔学会

|                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |         |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|-------|--|--|--|-----------------|--|--|--|--|--|--|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|----------------|--|--|--|---------|--|--|--|-------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| No                     |  |  |  | 氏名                         |  |  |  | 症例No.226                   |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  | 歳 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 既往歴・内服薬・検査所見など |  |  |  |         |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 処置日 20      —      —   |  |  |  | 身長                      cm |  |  |  | 体重                      kg |  |  |  | 男 ・ 女 |  |  |  | ASA : 1・2・3・4・E |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |         |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 診断名                    |  |  |  |                            |  |  |  | 治療内容                       |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |         |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 時間                     |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |         |  |  |  | 予定時間:       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| O <sub>2</sub>         |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  | 0       |  |  |  | 術者          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |         |  |  |  | 助手          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |         |  |  |  | 全身管理<br>担当者 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |         |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |         |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Symbols                |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  | Remarks |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 手術開始・終了 ◎<br>麻酔開始・終了 × |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |         |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 200                    |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |         |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 150                    |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |         |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 100                    |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |         |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 50                     |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  | Summary |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| SpO <sub>2</sub> (%)   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |         |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 呼吸数(回/分)               |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |         |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 輸 液                    |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |         |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 出 血                    |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |         |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  | ml      |  |  |  | 手術時間:       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  | g       |  |  |  | 麻酔時間:       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

麻 醉 管 理 記 録 (例)

日本歯科麻酔学会

|                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|-----|--|--|--|-----------------|--|--|--|--|--|--|--|-------|--|--|--|----------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| No                                                                                                |  |  |  | 氏名                         |  |  |  | 症例No.227                   |  |  |  | 歳   |  |  |  | 既往歴・内服薬・検査所見など  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 処置日 20      —      —                                                                              |  |  |  | 身長                      cm |  |  |  | 体重                      kg |  |  |  | 男・女 |  |  |  | ASA : 1・2・3・4・E |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 診断名                                                                                               |  |  |  |                            |  |  |  | 治療内容                       |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 時間                                                                                                |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  | 予定時間: |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| O <sub>2</sub>                                                                                    |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  | ℓ     |  |  |  | 術者             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  | 助手             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  | 全身管理<br>担当者    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Symbols                                                                                           |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  | Remarks        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 手術開始・終了 ◎<br>麻酔開始・終了 ×<br><br>200<br><br>150<br>血压(mmHg) ∨<br>^<br>脈拍(回/分) ●<br><br>100<br><br>50 |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  | Summary        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| SpO <sub>2</sub> (%)                                                                              |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  | 手術時間:<br>麻酔時間: |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 呼吸数(回/分)                                                                                          |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 輸 液                                                                                               |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  | ml    |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 出 血                                                                                               |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  | g     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

麻 醉 管 理 記 録 (例)

日本歯科麻酔学会

|                                                                                                           |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|-------|--|--|--|-----------------|--|--|--|--|--|--|--|-------|--|--|--|-------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| No                                                                                                        |  |  |  | 氏名                         |  |  |  | 症例No.228                   |  |  |  | 歳     |  |  |  | 既往歴・内服薬・検査所見など  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 処置日 20      —      —                                                                                      |  |  |  | 身長                      cm |  |  |  | 体重                      kg |  |  |  | 男 ・ 女 |  |  |  | ASA : 1・2・3・4・E |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 診断名                                                                                                       |  |  |  |                            |  |  |  | 治療内容                       |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 時間                                                                                                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  | 予定時間: |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| O <sub>2</sub>                                                                                            |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  | ℓ     |  |  |  | 術者          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                           |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                           |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  | 助手          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                           |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                           |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  | 全身管理<br>担当者 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Symbols                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  | Remarks     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 手術開始・終了 ◎<br>麻酔開始・終了 ×<br><br>200<br><br>150<br><br>100<br><br>50<br><br>SpO <sub>2</sub> (%)<br>呼吸数(回/分) |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  | Summary     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                           |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                           |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                           |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                           |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                           |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                           |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                           |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                           |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                           |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 輸 液                                                                                                       |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  | ml    |  |  |  | 手術時間:       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 出 血                                                                                                       |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  | g     |  |  |  | 麻酔時間:       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

麻 醉 管 理 記 録 (例)

日本歯科麻酔学会

|                      |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|----------------------|--|-------------|--|----------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|-------|--|--|--|----------------|--|--|--|--|--|--|--|-------------|--|--|--|--|--|--|--|-----------------|--|--|--|
| No                   |  |             |  | 氏名                         |  |  |  | 症例No.229                   |  |  |  | 歳     |  |  |  | 既往歴・内服薬・検査所見など |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 処置日 20    —    —     |  |             |  | 身長                      cm |  |  |  | 体重                      kg |  |  |  | 男 ・ 女 |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  | ASA : 1・2・3・4・E |  |  |  |
| 診断名                  |  |             |  |                            |  |  |  | 治療内容                       |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 時間                   |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 予定時間:       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| O <sub>2</sub>       |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 術者          |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 助手          |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 全身管理<br>担当者 |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| Symbols              |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | Remarks     |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 手術開始・終了 ◎            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 麻酔開始・終了 ×            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 200                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 150                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 血圧(mmHg) ∨           |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | Summary     |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| ∧                    |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 脈拍(回/分) ●            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 100                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 50                   |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| SpO <sub>2</sub> (%) |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 呼吸数(回/分)             |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 輸 液                  |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | ml 手術時間:    |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 出 血                  |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | g 麻酔時間:     |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |

麻 醉 管 理 記 録 (例)

日本歯科麻酔学会

|                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|-----|--|--|--|-----------------|--|--|--|-------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| No                                                                                                |  |  |  | 氏名                         |  |  |  | 症例No.230                   |  |  |  | 歳   |  |  |  | 既往歴・内服薬・検査所見など  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 処置日 20      —      —                                                                              |  |  |  | 身長                      cm |  |  |  | 体重                      kg |  |  |  | 男・女 |  |  |  | ASA : 1・2・3・4・E |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 診断名                                                                                               |  |  |  |                            |  |  |  | 治療内容                       |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 時間                                                                                                |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  | 予定時間:       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| O <sub>2</sub>                                                                                    |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  | 術者          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  | 助手          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  | 全身管理<br>担当者 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Symbols                                                                                           |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  | Remarks     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 手術開始・終了 ◎<br>麻酔開始・終了 ×<br><br>200<br><br>150<br>血压(mmHg) ∨<br>^<br>脈拍(回/分) ●<br><br>100<br><br>50 |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| SpO <sub>2</sub> (%)                                                                              |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  | Summary     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 呼吸数(回/分)                                                                                          |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 輸 液                                                                                               |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  | ml 手術時間:    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 出 血                                                                                               |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  | g 麻酔時間:     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

## 麻 醉 管 理 記 録 (例)

日本歯科麻酔学会

|                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |         |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|-------|--|--|--|-----------------|--|--|--|--|--|--|--|----------------|--|--|--|--|--|--|--|-------|--|--|--|---------|--|--|--|-------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| No                     |  |  |  | 氏名                         |  |  |  | 症例No.231                   |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  | 既往歴・内服薬・検査所見など |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |         |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 処置日 20      —      —   |  |  |  | 身長                      cm |  |  |  | 体重                      kg |  |  |  | 男 ・ 女 |  |  |  | ASA : 1・2・3・4・E |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |         |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 診断名                    |  |  |  |                            |  |  |  | 治療内容                       |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |         |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 時間                     |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 予定時間: |  |  |  |         |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| O <sub>2</sub>         |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  | ℓ       |  |  |  | 術者          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |         |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |         |  |  |  | 助手          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |         |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |         |  |  |  | 全身管理<br>担当者 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Symbols                |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  | Remarks |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 手術開始・終了 ◎<br>麻酔開始・終了 × |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |         |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |         |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |         |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |         |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 200                    |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |         |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |         |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |         |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |         |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 150                    |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |         |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |         |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |         |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |         |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 100                    |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |         |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |         |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |         |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |         |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 50                     |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |         |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |         |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |         |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |         |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| SpO <sub>2</sub> (%)   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |         |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 呼吸数(回/分)               |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |         |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 輸 液                    |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |         |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 出 血                    |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |         |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  | ml      |  |  |  | 手術時間:       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  | g       |  |  |  | 麻酔時間:       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

## 麻 醉 管 理 記 録 (例)

日本歯科麻酔学会

|                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|-------|--|--|--|-----------------|--|--|--|--|--|--|--|--------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| No                                                                                                |  |  |  | 氏名                         |  |  |  | 症例No.232                   |  |  |  | 歳     |  |  |  | 既往歴・内服薬・検査所見など  |  |  |  |  |  |  |  |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 処置日 20      —      —                                                                              |  |  |  | 身長                      cm |  |  |  | 体重                      kg |  |  |  | 男 ・ 女 |  |  |  | ASA : 1・2・3・4・E |  |  |  |  |  |  |  |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 診断名                                                                                               |  |  |  |                            |  |  |  | 治療内容                       |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 時間                                                                                                |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  | 予定時間:              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| O <sub>2</sub>                                                                                    |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  | 術者                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  | 助手                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  | 全身管理<br>担当者        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Symbols                                                                                           |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  | Remarks            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 手術開始・終了 ◎<br>麻酔開始・終了 ×<br><br>200<br><br>150<br>血圧(mmHg) ∨<br>^<br>脈拍(回/分) ●<br><br>100<br><br>50 |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  | Summary            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| SpO <sub>2</sub> (%)                                                                              |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  | 手術時間:<br><br>麻酔時間: |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 呼吸数(回/分)                                                                                          |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 輸 液                                                                                               |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 出 血                                                                                               |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  | ml                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  | g                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |



麻 醉 管 理 記 録 (例)

日本歯科麻酔学会

|                      |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |    |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|----------------------|--|-------------|--|----------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|-------|--|--|--|----------------|--|--|--|--|--|----|--|----------------|--|--|--|--|--|--|--|-----------------|--|--|--|
| No                   |  |             |  | 氏名                         |  |  |  | 症例No.233                   |  |  |  | 歳     |  |  |  | 既往歴・内服薬・検査所見など |  |  |  |  |  |    |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 処置日 20    —    —     |  |             |  | 身長                      cm |  |  |  | 体重                      kg |  |  |  | 男 ・ 女 |  |  |  |                |  |  |  |  |  |    |  |                |  |  |  |  |  |  |  | ASA : 1・2・3・4・E |  |  |  |
| 診断名                  |  |             |  |                            |  |  |  | 治療内容                       |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |    |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 時間                   |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |    |  | 予定時間:          |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| O <sub>2</sub>       |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  | ℓ  |  | 術者             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |    |  | 助手             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |    |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |    |  | 全身管理<br>担当者    |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |    |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| Symbols              |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |    |  | Remarks        |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 手術開始・終了 ◎            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |    |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 麻酔開始・終了 ×            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |    |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 200                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |    |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 150                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |    |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 血圧(mmHg) ∨           |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |    |  | Summary        |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| ∧                    |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |    |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 脈拍(回/分) ●            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |    |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 100                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |    |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 50                   |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |    |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| SpO <sub>2</sub> (%) |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |    |  | 手術時間:<br>麻酔時間: |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 呼吸数(回/分)             |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |    |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 輸 液                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  | ml |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 出 血                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  | g  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |

## 麻 醉 管 理 記 録 (例)

日本歯科麻酔学会

|                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |         |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|-------|--|--|--|-----------------|--|--|--|--|--|--|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|----------------|--|--|--|---------|--|--|--|-------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| No                     |  |  |  | 氏名                         |  |  |  | 症例No.234                   |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  | 歳 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 既往歴・内服薬・検査所見など |  |  |  |         |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 処置日 20      —      —   |  |  |  | 身長                      cm |  |  |  | 体重                      kg |  |  |  | 男 ・ 女 |  |  |  | ASA : 1・2・3・4・E |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |         |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 診断名                    |  |  |  |                            |  |  |  | 治療内容                       |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |         |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 時間                     |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |         |  |  |  | 予定時間:       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| O <sub>2</sub>         |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  | 0       |  |  |  | 術者          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |         |  |  |  | 助手          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |         |  |  |  | 全身管理<br>担当者 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Symbols                |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  | Remarks |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 手術開始・終了 ◎<br>麻酔開始・終了 × |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |         |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 200                    |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |         |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 150                    |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |         |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 100                    |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |         |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 50                     |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  | Summary |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |         |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |         |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |         |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| SpO <sub>2</sub> (%)   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |         |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 呼吸数(回/分)               |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |         |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 輸 液                    |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |         |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 出 血                    |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |         |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  | ml      |  |  |  | 手術時間:       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  | g       |  |  |  | 麻酔時間:       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

麻 醉 管 理 記 録（例）

日本歯科麻酔学会

|                      |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
|----------------------|--|-------------|--|----------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|-----|--|--|--|----------------|--|--|--|--|--|--|--|-------------|--|-------|--|--|--|--|--|---------------|--|--|--|
| No                   |  |             |  | 氏名                         |  |  |  | 症例No.235                   |  |  |  | 歳   |  |  |  | 既往歴・内服薬・検査所見など |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
| 処置日 20    —    —     |  |             |  | 身長                      cm |  |  |  | 体重                      kg |  |  |  | 男・女 |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  | ASA：1・2・3・4・E |  |  |  |
| 診断名                  |  |             |  |                            |  |  |  | 治療内容                       |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
| 時間                   |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 予定時間：       |  |       |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
| O <sub>2</sub>       |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 術者          |  |       |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 助手          |  |       |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 全身管理<br>担当者 |  |       |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
| Symbols              |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | Remarks     |  |       |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
| 手術開始・終了 ◎            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
| 麻酔開始・終了 ×            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
| 200                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
| 150                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
| 血圧(mmHg) ∨           |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
| 脈拍(回/分) ●            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
| 100                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
| 50                   |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
| SpO <sub>2</sub> (%) |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | Summary     |  |       |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
| 呼吸数(回/分)             |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
| 輸 液                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
| 出 血                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
|                      |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | ml          |  | 手術時間： |  |  |  |  |  |               |  |  |  |
|                      |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | g           |  | 麻酔時間： |  |  |  |  |  |               |  |  |  |

麻 醉 管 理 記 録 (例)

日本歯科麻酔学会

|                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |    |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|-------|--|--|--|----------------|--|--|--|----|--|--|--|-------------|--|--|--|--|--|--|--|-----------------|--|--|--|
| No                     |  |  |  | 氏名                         |  |  |  | 症例No.236                   |  |  |  | 歳     |  |  |  | 既往歴・内服薬・検査所見など |  |  |  |    |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 処置日 20    —    —       |  |  |  | 身長                      cm |  |  |  | 体重                      kg |  |  |  | 男 ・ 女 |  |  |  |                |  |  |  |    |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  | ASA : 1・2・3・4・E |  |  |  |
| 診断名                    |  |  |  |                            |  |  |  | 治療内容                       |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |    |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 時間                     |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |    |  |  |  | 予定時間:       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| O <sub>2</sub>         |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  | ℓ  |  |  |  | 術者          |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |    |  |  |  | 助手          |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |    |  |  |  | 全身管理<br>担当者 |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| Symbols                |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |    |  |  |  | Remarks     |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 手術開始・終了 ◎<br>麻酔開始・終了 × |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |    |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 200                    |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |    |  |  |  | Summary     |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 150                    |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |    |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 血圧(mmHg) ∨<br>∧        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |    |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 脈拍(回/分) ●              |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |    |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 100                    |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |    |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 50                     |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |    |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| SpO <sub>2</sub> (%)   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |    |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 呼吸数(回/分)               |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |    |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 輸 液                    |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  | ml |  |  |  | 手術時間:       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 出 血                    |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  | g  |  |  |  | 麻酔時間:       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |

## 麻 醉 管 理 記 録 (例)

日本歯科麻酔学会

|                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|-----|--|--|--|-----------------|--|--|--|--|--|--|--|-------|--|--|--|----------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| No                                                                                                |  |  |  | 氏名                         |  |  |  | 症例No.237                   |  |  |  | 歳   |  |  |  | 既往歴・内服薬・検査所見など  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 処置日 20      —      —                                                                              |  |  |  | 身長                      cm |  |  |  | 体重                      kg |  |  |  | 男・女 |  |  |  | ASA : 1・2・3・4・E |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 診断名                                                                                               |  |  |  |                            |  |  |  | 治療内容                       |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 時間                                                                                                |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  | 予定時間: |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| O <sub>2</sub>                                                                                    |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  | ℓ     |  |  |  | 術者             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  | 助手             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  | 全身管理<br>担当者    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Symbols                                                                                           |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  | Remarks        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 手術開始・終了 ◎<br>麻酔開始・終了 ×<br><br>200<br><br>150<br>血压(mmHg) ∨<br>^<br>脈拍(回/分) ●<br><br>100<br><br>50 |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  | Summary        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| SpO <sub>2</sub> (%)                                                                              |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  | 手術時間:<br>麻酔時間: |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 呼吸数(回/分)                                                                                          |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  | ml    |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 輸 液                                                                                               |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  | g              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 出 血                                                                                               |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |     |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

麻 醉 管 理 記 録 (例)

日本歯科麻酔学会

|                      |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|----------------------|--|-------------|--|----------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|-------|--|--|--|----------------|--|--|--|--|--|--|--|-------------|--|--|--|--|--|--|--|-----------------|--|--|--|
| No                   |  |             |  | 氏名                         |  |  |  | 症例No.238                   |  |  |  | 歳     |  |  |  | 既往歴・内服薬・検査所見など |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 処置日 20    —    —     |  |             |  | 身長                      cm |  |  |  | 体重                      kg |  |  |  | 男 ・ 女 |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  | ASA : 1・2・3・4・E |  |  |  |
| 診断名                  |  |             |  |                            |  |  |  | 治療内容                       |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 時間                   |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 予定時間:       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| O <sub>2</sub>       |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 術者          |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 助手          |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 全身管理<br>担当者 |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| Symbols              |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | Remarks     |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 手術開始・終了 ◎            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 麻酔開始・終了 ×            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 200                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 150                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 血圧(mmHg) ∨           |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | Summary     |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| ∧                    |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 脈拍(回/分) ●            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 100                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 50                   |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| SpO <sub>2</sub> (%) |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 呼吸数(回/分)             |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 輸 液                  |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | ml 手術時間:    |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 出 血                  |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | g 麻酔時間:     |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |

麻 醉 管 理 記 録 (例)

日本歯科麻酔学会

|                      |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|----------------------|--|-------------|--|----------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|-------|--|--|--|----------------|--|--|--|--|--|--|--|-------------|--|--|--|--|--|--|--|-----------------|--|--|--|
| No                   |  |             |  | 氏名                         |  |  |  | 症例No.239                   |  |  |  | 歳     |  |  |  | 既往歴・内服薬・検査所見など |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 処置日 20    —    —     |  |             |  | 身長                      cm |  |  |  | 体重                      kg |  |  |  | 男 ・ 女 |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  | ASA : 1・2・3・4・E |  |  |  |
| 診断名                  |  |             |  |                            |  |  |  | 治療内容                       |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 時間                   |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 予定時間:       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| O <sub>2</sub>       |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 術者          |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 助手          |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 全身管理<br>担当者 |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| Symbols              |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | Remarks     |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 手術開始・終了 ◎            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 麻酔開始・終了 ×            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 200                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 150                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 血圧(mmHg) ∨           |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | Summary     |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| ∧                    |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 脈拍(回/分) ●            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 100                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 50                   |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| SpO <sub>2</sub> (%) |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 呼吸数(回/分)             |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 輸 液                  |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | ml 手術時間:    |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 出 血                  |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | g 麻酔時間:     |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |

## 麻 醉 管 理 記 録 (例)

日本歯科麻醉学会

|                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|-------|--|--|--|-----------------|--|--|--|--|--|--|--|----------------|--|--|--|--|--|--|--|-------|--|--|--|-------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| No                     |  |  |  | 氏名                         |  |  |  | 症例No.240                   |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  | 既往歴・内服薬・検査所見など |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 処置日 20      —      —   |  |  |  | 身長                      cm |  |  |  | 体重                      kg |  |  |  | 男 ・ 女 |  |  |  | ASA : 1・2・3・4・E |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 診断名                    |  |  |  |                            |  |  |  | 治療内容                       |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 時間                     |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 予定時間: |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| O <sub>2</sub>         |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  | 術者          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  | 助手          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  | 全身管理<br>担当者 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Symbols                |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  | Remarks     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 手術開始・終了 ◎<br>麻酔開始・終了 × |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 200                    |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 150                    |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 100                    |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| SpO <sub>2</sub> (%)   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  | Summary     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 呼吸数(回/分)               |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 輸 液                    |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 出 血                    |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  | 手術時間:       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  | 麻酔時間:       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |



麻 醉 管 理 記 録 (例)

日本歯科麻酔学会

|                      |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|----------------------|--|-------------|--|----------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|-------|--|--|--|----------------|--|--|--|--|--|--|--|-------------|--|-------|--|--|--|--|--|-----------------|--|--|--|
| No                   |  |             |  | 氏名                         |  |  |  | 症例No.241                   |  |  |  | 歳     |  |  |  | 既往歴・内服薬・検査所見など |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 処置日 20    —    —     |  |             |  | 身長                      cm |  |  |  | 体重                      kg |  |  |  | 男 ・ 女 |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  | ASA : 1・2・3・4・E |  |  |  |
| 診断名                  |  |             |  |                            |  |  |  | 治療内容                       |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 時間                   |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 予定時間:       |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| O <sub>2</sub>       |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 術者          |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 助手          |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 全身管理<br>担当者 |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| Symbols              |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | Remarks     |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 手術開始・終了 ◎            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 麻酔開始・終了 ×            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 200                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 150                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 血圧(mmHg) ∨           |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | Summary     |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| ∧                    |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 脈拍(回/分) ●            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 100                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 50                   |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| SpO <sub>2</sub> (%) |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 手術時間:       |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 呼吸数(回/分)             |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  | 麻酔時間: |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 輸 液                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 出 血                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | ml          |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | g           |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |

麻 醉 管 理 記 録 (例)

日本歯科麻酔学会

|                      |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|----------------------|--|-------------|--|----------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|-------|--|--|--|----------------|--|--|--|--|--|--|--|-------------|--|-------|--|--|--|--|--|-----------------|--|--|--|
| No                   |  |             |  | 氏名                         |  |  |  | 症例No.242                   |  |  |  | 歳     |  |  |  | 既往歴・内服薬・検査所見など |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 処置日 20    —    —     |  |             |  | 身長                      cm |  |  |  | 体重                      kg |  |  |  | 男 ・ 女 |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  | ASA : 1・2・3・4・E |  |  |  |
| 診断名                  |  |             |  |                            |  |  |  | 治療内容                       |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 時間                   |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 予定時間:       |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| O <sub>2</sub>       |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 術者          |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 助手          |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 全身管理<br>担当者 |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| Symbols              |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | Remarks     |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 手術開始・終了 ◎            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 麻酔開始・終了 ×            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 200                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 150                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 血圧(mmHg) ∨           |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| ∧                    |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 脈拍(回/分) ●            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 100                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 50                   |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| SpO <sub>2</sub> (%) |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | Summary     |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 呼吸数(回/分)             |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 輸 液                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 出 血                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | ml          |  | 手術時間: |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | g           |  | 麻酔時間: |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |

麻 醉 管 理 記 録 (例)

日本歯科麻酔学会

|                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|-------|--|--|--|----------------|--|--|--|-------------|--|--|--|------------|--|--|--|--|--|--|--|-----------------|--|--|--|
| No                     |  |  |  | 氏名                         |  |  |  | 症例No.243                   |  |  |  | 歳     |  |  |  | 既往歴・内服薬・検査所見など |  |  |  |             |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 処置日 20    —    —       |  |  |  | 身長                      cm |  |  |  | 体重                      kg |  |  |  | 男 ・ 女 |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  | ASA : 1・2・3・4・E |  |  |  |
| 診断名                    |  |  |  |                            |  |  |  | 治療内容                       |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 時間                     |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  | 予定時間:      |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| O <sub>2</sub>         |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  | 術者          |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  | 助手          |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  | 全身管理<br>担当者 |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| Symbols                |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  | Remarks     |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 手術開始・終了 ◎<br>麻酔開始・終了 × |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 200                    |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  | Summary     |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 150                    |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 100                    |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 50                     |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| SpO <sub>2</sub> (%)   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  | 手術時間:<br>ml |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 呼吸数(回/分)               |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  | 麻酔時間:<br>g |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 輸 液                    |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 出 血                    |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |

麻 醉 管 理 記 録 (例)

日本歯科麻酔学会

|                      |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|----------------------|--|-------------|--|----------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|-------|--|--|--|----------------|--|--|--|--|--|--|--|-------------|--|-------|--|--|--|--|--|-----------------|--|--|--|
| No                   |  |             |  | 氏名                         |  |  |  | 症例No.244                   |  |  |  | 歳     |  |  |  | 既往歴・内服薬・検査所見など |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 処置日 20    —    —     |  |             |  | 身長                      cm |  |  |  | 体重                      kg |  |  |  | 男 ・ 女 |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  | ASA : 1・2・3・4・E |  |  |  |
| 診断名                  |  |             |  |                            |  |  |  | 治療内容                       |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 時間                   |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 予定時間:       |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| O <sub>2</sub>       |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 術者          |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 助手          |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 全身管理<br>担当者 |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| Symbols              |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | Remarks     |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 手術開始・終了 ◎            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 麻酔開始・終了 ×            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 200                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 150                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 血圧(mmHg) ∨           |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | Summary     |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| ∧                    |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 脈拍(回/分) ●            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 100                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 50                   |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| SpO <sub>2</sub> (%) |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 手術時間:       |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 呼吸数(回/分)             |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  | 麻酔時間: |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 輸 液                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 出 血                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | ml          |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | g           |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |

麻 醉 管 理 記 録 (例)

日本歯科麻酔学会

|                      |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|----------------------|--|-------------|--|----------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|-------|--|--|--|----------------|--|--|--|--|--|--|--|-------------|--|-------|--|--|--|--|--|-----------------|--|--|--|
| No                   |  |             |  | 氏名                         |  |  |  | 症例No.245                   |  |  |  | 歳     |  |  |  | 既往歴・内服薬・検査所見など |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 処置日 20    —    —     |  |             |  | 身長                      cm |  |  |  | 体重                      kg |  |  |  | 男 ・ 女 |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  | ASA : 1・2・3・4・E |  |  |  |
| 診断名                  |  |             |  |                            |  |  |  | 治療内容                       |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 時間                   |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 予定時間:       |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| O <sub>2</sub>       |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 術者          |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 助手          |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 全身管理<br>担当者 |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| Symbols              |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | Remarks     |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 手術開始・終了 ◎            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 麻酔開始・終了 ×            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 200                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 150                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 血圧(mmHg) ∨           |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | Summary     |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| ∧                    |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 脈拍(回/分) ●            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 100                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 50                   |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| SpO <sub>2</sub> (%) |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 手術時間:       |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 呼吸数(回/分)             |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  | 麻酔時間: |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 輸 液                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 出 血                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | ml          |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | g           |  |       |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |

麻 醉 管 理 記 録 (例)

日本歯科麻酔学会

|                      |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|----------------------|--|-------------|--|----------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|-------|--|--|--|----------------|--|--|--|--|--|--|--|-------------|--|--|--|--|--|--|--|-----------------|--|--|--|
| No                   |  |             |  | 氏名                         |  |  |  | 症例No.246                   |  |  |  | 歳     |  |  |  | 既往歴・内服薬・検査所見など |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 処置日 20    —    —     |  |             |  | 身長                      cm |  |  |  | 体重                      kg |  |  |  | 男 ・ 女 |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  | ASA : 1・2・3・4・E |  |  |  |
| 診断名                  |  |             |  |                            |  |  |  | 治療内容                       |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 時間                   |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 予定時間:       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| O <sub>2</sub>       |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 術者          |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 助手          |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 全身管理<br>担当者 |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| Symbols              |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | Remarks     |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 手術開始・終了 ◎            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 麻酔開始・終了 ×            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 200                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 150                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 血圧(mmHg) ∨           |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | Summary     |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| ∧                    |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 脈拍(回/分) ●            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 100                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 50                   |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| SpO <sub>2</sub> (%) |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 呼吸数(回/分)             |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 輸 液                  |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | ml 手術時間:    |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 出 血                  |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | g 麻酔時間:     |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |

## 麻 醉 管 理 記 録 (例)

日本歯科麻酔学会

|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|----------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|-------|--|--|--|-----------------|--|--|--|--|--|--|--|----------------|--|--|--|--|--|--|--|-------|--|--|--|-------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| No                   |  |  |  | 氏名                         |  |  |  | 症例No.247                   |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  | 既往歴・内服薬・検査所見など |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 処置日 20      —      — |  |  |  | 身長                      cm |  |  |  | 体重                      kg |  |  |  | 男 ・ 女 |  |  |  | ASA : 1・2・3・4・E |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 診断名                  |  |  |  |                            |  |  |  | 治療内容                       |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 時間                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 予定時間: |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| O <sub>2</sub>       |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  | 術者          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  | 助手          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  | 全身管理<br>担当者 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Symbols              |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  | Remarks     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 手術開始・終了 ◎            |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 麻酔開始・終了 ×            |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 200                  |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 150                  |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 100                  |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 50                   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  | Summary     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| SpO <sub>2</sub> (%) |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 呼吸数(回/分)             |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 輸 液                  |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 出 血                  |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  | 手術時間:       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                      |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  | 麻酔時間:       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |





麻 醉 管 理 記 録 (例)

日本歯科麻酔学会

|                      |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|----------------------|--|-------------|--|----------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|-------|--|--|--|----------------|--|--|--|--|--|--|--|-------------|--|--|--|--|--|--|--|-----------------|--|--|--|
| No                   |  |             |  | 氏名                         |  |  |  | 症例No.249                   |  |  |  | 歳     |  |  |  | 既往歴・内服薬・検査所見など |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 処置日 20    —    —     |  |             |  | 身長                      cm |  |  |  | 体重                      kg |  |  |  | 男 ・ 女 |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  | ASA : 1・2・3・4・E |  |  |  |
| 診断名                  |  |             |  |                            |  |  |  | 治療内容                       |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 時間                   |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 予定時間:       |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| O <sub>2</sub>       |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 術者          |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 助手          |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                      |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | 全身管理<br>担当者 |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| Symbols              |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | Remarks     |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 手術開始・終了 ◎            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 麻酔開始・終了 ×            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 200                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 150                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 血圧(mmHg) ∨           |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | Summary     |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| ∧                    |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 脈拍(回/分) ●            |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 100                  |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 50                   |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| SpO <sub>2</sub> (%) |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 呼吸数(回/分)             |  | <div></div> |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 輸 液                  |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | ml 手術時間:    |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 出 血                  |  |             |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  | g 麻酔時間:     |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |

麻 醉 管 理 記 録 (例)

日本歯科麻酔学会

|                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|-------|--|--|--|----------------|--|--|--|-------------|--|--|--|------------|--|--|--|--|--|--|--|-----------------|--|--|--|
| No                     |  |  |  | 氏名                         |  |  |  | 症例No.250                   |  |  |  | 歳     |  |  |  | 既往歴・内服薬・検査所見など |  |  |  |             |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 処置日 20    —    —       |  |  |  | 身長                      cm |  |  |  | 体重                      kg |  |  |  | 男 ・ 女 |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  | ASA : 1・2・3・4・E |  |  |  |
| 診断名                    |  |  |  |                            |  |  |  | 治療内容                       |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 時間                     |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  | 予定時間:      |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| O <sub>2</sub>         |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  | 術者          |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  | 助手          |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
|                        |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  | 全身管理<br>担当者 |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| Symbols                |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  | Remarks     |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 手術開始・終了 ◎<br>麻酔開始・終了 × |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 200                    |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  | Summary     |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 150                    |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 100                    |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 50                     |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| SpO <sub>2</sub> (%)   |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  | 手術時間:<br>ml |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 呼吸数(回/分)               |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  | 麻酔時間:<br>g |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 輸 液                    |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |
| 出 血                    |  |  |  |                            |  |  |  |                            |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |             |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |