

氏名	身長
生年月日（西暦） 年 月 日	体重
	首回り

- | | | | |
|--------------------|--------------|----------------|-----|
| 抜歯を含めた手術の経験はありますか？ | | はい | いいえ |
| いつ
(○年頃、□年前、△歳) | 病名 または 手術の内容 | 麻酔による
異常の有無 | |
| | | あり・なし | |
| | | あり・なし | |
| | | あり・なし | |
| | | あり・なし | |

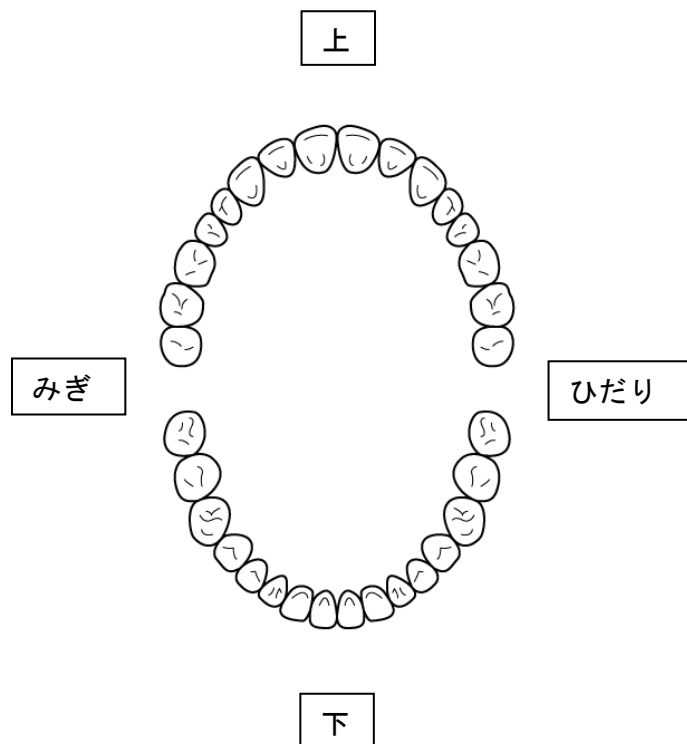
- | | | |
|--|----|-----|
| 普段、寝ているときに大きいびき（ドア越しに聞こえるほど）を書いていると言われたことはありますか。 | はい | いいえ |
| 日中に眠くなったり、体のだるさを感じることはありますか。 | はい | いいえ |
| 寝ているときに息が止まっていると言われたことはありますか。 | はい | いいえ |
| 血圧が高いといわれたことがありますか。(140/90以上) | はい | いいえ |

千葉大学医学部附属病院

6. 歯の状態について教えてください。

歯の状態を図に記入してください

- ❖ 歯がないところは「×」印を。
- ❖ 以下、具体的に記入してください。
 - 「ぐらぐらの歯」
 - 「入れ歯」
 - 「セラミック」
 - 「差し歯」
 - 「インプラント」など



ご協力ありがとうございました。