



挿管困難 報告書 Airway Management



患者様個人情報(ご自身でお書き込みください)

お名前		生年月日	
住所			
電話番号 ・ Fax			
Email			
かかりつけ病院			
病院連絡先			

患者さまへ

- この報告書は、とても重要なものです。大切に保持し、病院にかかる際は医師にこの用紙を提示してください。
- この報告書は、あなたが以前に受けた麻酔時の困難度を示し、今後の麻酔方法を定めるために必要となります。
- 手術を受ける際には医師、特に麻酔科医には必ず提示してください。

担当の医療従事者の方へ

- この用紙はコピーし、保管しておいてください。
- 患者さまがこの用紙を、いつでも保持しているようにしてください。

今回施行された気道確保方法

手術日	西暦 20 年 月 日
病名	
術式	

		コメント
マスク換気 困難？	YES / NO	
喉頭展開 困難？	YES / NO	
気管挿管 困難？	YES / NO	
喉頭展開所見 (裏図)	1 / 2 / 3 / 4	
使用挿管器具	YES / NO	気管支鏡 ・ airway scope ・他()
今後、覚醒下挿管の必要性	YES / NO	
他、情報	YES / NO	

病院施設名: 東京慈恵会医科大学付属病院

病院施設連絡先: 03-3433-1111 (麻酔科内線 4040)

説明担当麻酔科医名: _____

日付: 年 月 日



挿管困難 報告書 Airway Management



(裏面)

チェック項目

- 原本は患者様が常時保持できるようにしておくこと
- カルテ用にこの報告書のコピーをしたか
- 麻酔チャートにも記載されているか
- 以上、患者様への説明をしたか

説明担当医師

私は、自分自身が気道確保困難者であることの説明を受け、理解しました。

日付 年 月 日

患者氏名

代理人

_____ (続柄) _____)

喉頭展開所見 (図)

Grade I



Grade II



Grade III



Grade IV



東京慈恵会医科大学 麻酔科学講座

〒105-8471 東京都港区西新橋 3-25-8 TEL:03-3433-1111(内線 4040) FAX:03-5401-0454