

【 アレルギー外来問診票(気管支喘息) 】

この問診票は、気管支喘息(疑いも含む)と診断されたことがある患者さまに関するものです。

これまでの病気の状況を正確に知るため診察前に確認いたしますので、患者さま自身について記入してください。

お名前：_____

<最近の症状について>

1. 最近1か月間に、ゼーゼー、ヒューヒューしたことはどのくらいありましたか？

☐全くない ☐月1回以上 ☐週1回以上 ☐ほぼ毎日

2. 最近1か月間に、呼吸困難(息苦しい)のある発作はどのくらいありましたか？

☐全くない ☐たまにある ☐よくある ☐ほぼ毎日

3. 最近1か月間に、喘息発作のため真夜中に目を覚ましたことはどのくらいありましたか？

☐全くない ☐時にあるが週1回未満 ☐週1回以上 ☐ほぼ毎日

4. 最近1か月間に、発作止めの薬(吸入、内服、貼り薬)をどのくらい使いましたか？

☐全くない ☐時にあるが週1回未満 ☐週1回以上 ☐ほぼ毎日

5. 運動したり、はしゃいだりした時に、咳やゼーゼーして困ることはありますか？

☐全くない ☐軽い症状はあるが気にならない ☐よくあり困る ☐毎回ある

6. 現在喘息に対して使用している薬剤とその使用回数を教えてください。

内服：☐オノン[®] ☐シングレア[®] ☐キプレス[®]
☐アイピーディ[®] ☐テオドール[®] ☐テオロング[®]
☐その他(具体的に：_____)

吸入：☐フルタイド[®] ☐キューバル[®] ☐パルミコート[®] ☐オルベスコ[®]
☐アズマネックス[®] ☐セレベント[®] ☐アドエア[®] ☐シムビコート[®]
☐フルティフォーム[®] ☐インターール[®]
☐その他(具体的に：_____)

吸入回数：(1日_____回、1回_____吸入)

<この1年間の症状について>

7. この1年間に、喘息発作のため定期受診以外に医療機関を受診したことはどれくらいありましたか？

☐まったくない ☐1-3回 ☐4-12回 ☐13回以上

8. この1年間に、喘息発作のためステロイドの飲み薬を使用したことはありますか？

(1回の発作で数日間使用した場合には1回としてお答え下さい)

☐まったくない ☐1-3回 ☐4-6回 ☐7回以上

＜これまでの経過について＞

9. 喘息に対して受けてこられた治療と、その治療に対する思いをお書きください。

例のように、具体的な記載をお願いいたします。（発作の回数や頻度、発作が起きた状況など）

月齢／年齢	医療機関名	その頃の症状	受けた治療	治療に対する思い
(例) 1歳頃	〇〇病院	風邪を引くたびにゼーゼーした。	飲み薬(内容不明)を毎日飲んでいた。	毎日薬を飲むのが不安で勝手にやめた。

＜入院歴について＞

10. 喘息発作で何回入院したことがありますか？

☐ない ☐1回 ☐2回 ☐3回以上

11. 喘息発作で最後に入院したのは何歳のときですか？（入院歴がない方は空欄で結構です）

歳 月頃

＜喘息発作の原因・悪化時期について＞

12. 喘息の症状を悪化させる原因と感じるものをすべて選んでください。(複数回答可)

☐ダニ・ホコリ ☐カビ ☐気圧の変化・台風 ☐乾燥

☐花粉 → ☐スギ ☐ヒノキ ☐ブタクサ ☐その他の花粉 ()

☐ペット → ☐イヌ ☐ネコ ☐鳥 ☐その他のペット()

☐風邪・体調不良 ☐疲れ・睡眠不足 ☐ストレス ☐運動

☐ その他（具体的に： ）

☐ 思い当たる原因はない

13. 喘息の症状が悪化しやすい時期はいつですか？

☐ ない

☐1月 ☐2月 ☐3月 ☐4月 ☐5月 ☐6月 ☐7月 ☐8月 ☐9月 ☐10月 ☐11月 ☐12月

＜ステロイド吸入薬について＞

14. これまでに処方されたステロイド吸入薬を本人や家族の判断で使わなかったり、途中で中止したりしたことはありますか？

☐ある→その理由をお書き下さい。 ☐ない

--

15. ステロイド吸入薬に対して、あなたはどのようなイメージをお持ちですか？

--

16. ステロイド吸入薬の副作用で、知っているものがあればお書き下さい。

--

17. ステロイド吸入薬を使用することについて、どのように考えていますか？

☐絶対使わない ☐できるだけ使いたくない ☐特にこだわらない ☐よくわからない

18. 今まで医療機関などでステロイド吸入薬の使い方について指導を受けたことはありますか？

☐ない ☐ある（具体的に： _____）

＜セルフケアについて＞

19. ピークフローメーターをどのくらい使用していますか？

☐毎日
 ☐週に3日以上
 ☐週に1,2日
 ☐症状があるときのみ
 ☐全くしてない
☐存在を知らない

20. 喘息日記をどのくらい記録していますか？

☐毎日
 ☐週に3日以上
 ☐週に1,2日
 ☐症状があるときのみ
 ☐全くしてない

☐存在を知らない

質問は以上です。ありがとうございました。記載後は看護師にお渡し下さい。