

成人喘息患者様診療録

(症例番号_____)

医療施設名(_____) 診療科名(_____)

●症 例 カルテ番号(_____) 患者イニシャル(_____) 年齢(____)歳 性別(____)

●問 診 票 主 訴：①呼吸困難 ②喘鳴(ゼーゼー) ③胸のつかえ ④せき ⑤たん
 発症年齢：(____)歳
 好発時期：①春 ②梅雨 ③夏 ④秋 ⑤冬
 合併症：①喘息 ②アレルギー性鼻炎(花粉症など) ③アトピー性皮膚炎 ④蕁麻疹
 ⑤食物アレルギー ⑥その他(_____)
 既往歴：上の疾患から該当する番号を記入。(_____)
 家族歴：上の疾患から該当する番号を記入。(_____)
 生活環境：①タバコ(____本、やめた) ②飲酒 ③運動 ④ペット飼育(_____)
 アレルゲン：①家塵 ②ダニ ③花粉 ④カビ ⑤動物
 ⑥食物(_____) ⑦職業性物質(_____)
 増悪因子：①風邪 ②運動 ③気象(寒冷、灼熱 乾燥、雨、雪、台風) ④煙(喫煙など) ⑤におい
 ⑥過労 ⑦心理ストレス ⑧月経 ⑨薬物(鎮痛薬など)⑩食事 ⑪アルコール

- 診断項目(確認された項目にチェック)
- 発作性の呼吸困難、喘鳴、せき
 - 可逆性気道狭窄： 自然に、治療により寛解
 PEF、1秒量の変化が20%以上
 - 気道過敏性の証明
 - アトピー素因の存在
 - 気道炎症の存在
 - 鑑別疾患の除外：症状が他の心肺疾患によらない

◆成人喘息診療ガイドラインに沿った治療の開始(または変更)前後の重症度と治療薬
 (フローチャートを参照して下さい。)

(1)治療の開始(または変更)前後の重症度を丸で囲んでください。

	軽症間欠型	軽症持続型	中等度持続型	重症持続型
治療開始(または変更)前	ステップ1	ステップ2	ステップ3	ステップ4
治療開始(または変更)後	ステップ1	ステップ2	ステップ3	ステップ4

(2)投与治療薬(商品名と投与量を記入してください)

	治療開始(または変更)前	治療開始(または変更)後
吸入ステロイド		
併用薬		
発作治療薬		

◆成人喘息診療ガイドラインに沿った診療期間中のチェック項目
 (確認、実施した項目を☑チェックするのにご利用下さい。)

項 目	治療開始(または変更)前	1ヶ月後	2ヶ月後	3ヶ月後
日誌の確認	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
症 状	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
服薬状況	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
副作用チェック	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ピークフロー	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
理学的所見	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
臨床検査	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
肺機能検査	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
生活指導	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
QOL調査(必須)(裏面に記入)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

成人喘息 QOL 調査票

記入方法は担当医にお任せしますが、できるだけ、成人喘息患者様へ問診の上、成人喘息診療ガイドラインに沿った治療の開始(または変更)前後における患者様の状態に最もよく当てはまる番号を項目ごとにひとつだけ選んで○で囲んでください。

QOL 質問項目	治療開始(または変更)前					治療開始(または変更)後				
	調査日	平成	年	月	日	調査日	平成	年	月	日
	全くない	わずかにある	多少ある	かなりある	非常によくある	全くない	わずかにある	多少ある	かなりある	非常によくある
1. せきがでる。	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
2. たんがでる。	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
3. ヒューヒュー、ゼイゼイする。	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
4. 喘息発作がある。	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
5. 息切れを感じる。	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
6. 胸や肩が重いと感じる。	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
7. 胸が苦しいと感じる。	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
8. 喘息のせいで夜、眠れない。	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
9. 運動により喘息の症状がおこる。	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
10. 疲労で喘息の症状がおこる。	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
11. 風邪をひいて喘息の症状がおこる。	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
12. タバコの煙、ほこり、冷氣、排気ガス、花粉、化粧品などを吸入して喘息の症状がおこる。	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
13. 食べ物、アルコールを飲食したり、喘息治療薬以外の薬(解熱鎮痛剤など)を服用して喘息の症状がおこる。	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
14. ペットとの接触により喘息の症状がおこる。	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
15. 天候や気圧の変化で喘息の症状がおこる。	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
16. 精神的な要因が喘息の症状を悪くする。	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
17. 喘息のせいで落ち込んでいる。	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
18. 喘息のせいで動揺している。	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
19. 喘息のせいで不安を感じる。	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
20. 喘息のせいでイライラする。	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
21. 喘息のせいでものごとに集中できない。	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
22. 喘息のせいで気分転換できない。	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
23. 自分が喘息であることが気になる。	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
24. 喘息治療薬を長く使用すると体に悪影響があると心配になる。	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
25. 喘息の症状のために、歩行が制限される。	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
26. 喘息の症状のために、走ったり坂道を昇ることが制限される。	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
27. 喘息の症状のために、家のことなど家庭内の活動が制限される。	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
28. 喘息の症状のために、仕事など社会での活動が制限される。	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
29. 職場や学校など社会では、あなたの喘息は理解されていない。	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
30. あなたが喘息をもっていることを知らない人と会うのは気が重い。	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
31. 自分が喘息であるために家族に負担がかかることが気になる。	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
32. 喘息の状態や治療が経済的な負担になる。	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
33. 治療前後で、全体的な生活の質(QOL)はどのようでしたか?それを表していると思われる顔を下図から選んで○をつけて下さい。										
全体的な生活の質(QOL)										
治療開始(または変更)前	0	1	2	3	4					
治療開始(または変更)後	0	1	2	3	4					

*本調査票は喘息 QOL 調査票に関する特別委員会作成の調査票を改変したものです。