

# 小児喘息患者様診療録

(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(\_\_\_\_)

(初診・再診)

●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 ③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アレルギー性鼻炎 (花粉症など) ②アトピー性皮膚炎 ③蕁麻疹 ④食物アレルギー  
⑤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ペット飼育(\_\_\_\_\_) ②その他(\_\_\_\_\_)  
アレルゲン：①家塵 ②ダニ ③花粉 ④カビ ⑤動物 ⑥食物(\_\_\_\_\_)  
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(周囲の喫煙など)  
⑤におい ⑥過労 ⑦心理ストレス ⑧薬物(鎮痛薬など) ⑨食事

●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

◆小児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		

◆小児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 (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"/>

# 小児喘息 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、小児喘息患者様(保護者)へ問診の上、小児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☑チェックして下さい。

- 保護者 [  母親、 父親、 祖母、 祖父、その他( ) ]、
- 保護者が患者さんと接触する1日あたりの時間  8時間未満、 8時間～12時間未満、 12時間～24時間
- この2週間の症状は  発作なし  発作あり(緊急受診、緊急入院)

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
1 夜間または早朝、子供の喘息のためご家族が眠れなかった日数は？	<input type="checkbox"/> 全然ない	<input type="checkbox"/> 1日/2週	<input type="checkbox"/> 2日/2週	<input type="checkbox"/> 3日/2週	<input type="checkbox"/> 4日以上/2週	<input type="checkbox"/> 全然ない	<input type="checkbox"/> 1日/2週	<input type="checkbox"/> 2日/2週	<input type="checkbox"/> 3日/2週	<input type="checkbox"/> 4日以上/2週
2 子供の喘息のため、受診予定日以外に病院へ行った日数は？	<input type="checkbox"/> 全然ない	<input type="checkbox"/> 1日/2週	<input type="checkbox"/> 2日/2週	<input type="checkbox"/> 3日/2週	<input type="checkbox"/> 4日以上/2週	<input type="checkbox"/> 全然ない	<input type="checkbox"/> 1日/2週	<input type="checkbox"/> 2日/2週	<input type="checkbox"/> 3日/2週	<input type="checkbox"/> 4日以上/2週
3 子供が急な喘息発作のため、入院した日数は？	<input type="checkbox"/> 全然ない	<input type="checkbox"/> 1日/2週	<input type="checkbox"/> 2日/2週	<input type="checkbox"/> 3日/2週	<input type="checkbox"/> 4日以上/2週	<input type="checkbox"/> 全然ない	<input type="checkbox"/> 1日/2週	<input type="checkbox"/> 2日/2週	<input type="checkbox"/> 3日/2週	<input type="checkbox"/> 4日以上/2週
4 子供が薬を飲み忘れた日数は？	<input type="checkbox"/> 全然ない	<input type="checkbox"/> 1日/2週	<input type="checkbox"/> 2日/2週	<input type="checkbox"/> 3日/2週	<input type="checkbox"/> 4日以上/2週	<input type="checkbox"/> 全然ない	<input type="checkbox"/> 1日/2週	<input type="checkbox"/> 2日/2週	<input type="checkbox"/> 3日/2週	<input type="checkbox"/> 4日以上/2週
5 子供が急な温度や湿度の変化(例: スーパーマーケット、デパート、電車、暖かい飲み物、冷たい飲み物)によってせきがでたことがありましたか？	<input type="checkbox"/> 全然ない	<input type="checkbox"/> 少し	<input type="checkbox"/> ときどき	<input type="checkbox"/> かなり	<input type="checkbox"/> いつも	<input type="checkbox"/> 全然ない	<input type="checkbox"/> 少し	<input type="checkbox"/> ときどき	<input type="checkbox"/> かなり	<input type="checkbox"/> いつも
6 子供が発作の遠因(例: ペットと遊ぶ、人ごみにはいる、タバコの煙等)によってせきがでたことがありましたか？	<input type="checkbox"/> 全然ない	<input type="checkbox"/> 少し	<input type="checkbox"/> ときどき	<input type="checkbox"/> かなり	<input type="checkbox"/> いつも	<input type="checkbox"/> 全然ない	<input type="checkbox"/> 少し	<input type="checkbox"/> ときどき	<input type="checkbox"/> かなり	<input type="checkbox"/> いつも
7 子供の喘息に対し保護者の心配(例: 外出時薬の準備、急な発作、薬が切れること等)の程度はどの位でしたか？	<input type="checkbox"/> 全くない	<input type="checkbox"/> 少し	<input type="checkbox"/> まあまあ	<input type="checkbox"/> かなり	<input type="checkbox"/> 大いに	<input type="checkbox"/> 全くない	<input type="checkbox"/> 少し	<input type="checkbox"/> まあまあ	<input type="checkbox"/> かなり	<input type="checkbox"/> 大いに
8 子供は外出した日(例 家族とともにレクリエーションやショッピング、運動会、遠足等)の夜間または翌朝に発作がでたことがありましたか？	<input type="checkbox"/> 全然ない	<input type="checkbox"/> 少し	<input type="checkbox"/> ときどき	<input type="checkbox"/> かなり	<input type="checkbox"/> いつも	<input type="checkbox"/> 全然ない	<input type="checkbox"/> 少し	<input type="checkbox"/> ときどき	<input type="checkbox"/> かなり	<input type="checkbox"/> いつも
9 子供の喘息に対して保護者の緊張感(例: 気掛かり、怖さ等)はどの程度でしたか？	<input type="checkbox"/> 全くない	<input type="checkbox"/> 少し	<input type="checkbox"/> まあまあ	<input type="checkbox"/> かなり	<input type="checkbox"/> 大いに	<input type="checkbox"/> 全くない	<input type="checkbox"/> 少し	<input type="checkbox"/> まあまあ	<input type="checkbox"/> かなり	<input type="checkbox"/> 大いに
10 子供の喘息に対して保護者が心の負担(例: もどかしさ、いらいら、憂鬱感)を感じたときはどの位でしたか？	<input type="checkbox"/> 全然ない	<input type="checkbox"/> 少し	<input type="checkbox"/> ときどき	<input type="checkbox"/> かなり	<input type="checkbox"/> いつも	<input type="checkbox"/> 全然ない	<input type="checkbox"/> 少し	<input type="checkbox"/> ときどき	<input type="checkbox"/> かなり	<input type="checkbox"/> いつも
11 薬の副作用に対する心配は？	<input type="checkbox"/> 全くない	<input type="checkbox"/> 少し	<input type="checkbox"/> まあまあ	<input type="checkbox"/> かなり	<input type="checkbox"/> 大いに	<input type="checkbox"/> 全くない	<input type="checkbox"/> 少し	<input type="checkbox"/> まあまあ	<input type="checkbox"/> かなり	<input type="checkbox"/> 大いに
12 子供は機嫌良く、明るく、楽しく生活を楽しんでいると思いませんか？	<input type="checkbox"/> 大いに	<input type="checkbox"/> かなり	<input type="checkbox"/> まあまあ	<input type="checkbox"/> 少し	<input type="checkbox"/> 全くない	<input type="checkbox"/> 大いに	<input type="checkbox"/> かなり	<input type="checkbox"/> まあまあ	<input type="checkbox"/> 少し	<input type="checkbox"/> 全くない
13 保護者は子供の急な発作または発作の回避等に対し、冷静、沈着に対応できましたか？	<input type="checkbox"/> 大いに	<input type="checkbox"/> かなり	<input type="checkbox"/> まあまあ	<input type="checkbox"/> 少し	<input type="checkbox"/> 全くない	<input type="checkbox"/> 大いに	<input type="checkbox"/> かなり	<input type="checkbox"/> まあまあ	<input type="checkbox"/> 少し	<input type="checkbox"/> 全くない
14 子供の喘息のため、子供に対する日常生活のやりかた(例: 育児や生活指導、学習方針や生活環境を変える等)に変化があったと感じますか？	<input type="checkbox"/> 大いに	<input type="checkbox"/> かなり	<input type="checkbox"/> まあまあ	<input type="checkbox"/> 少し	<input type="checkbox"/> 全くない	<input type="checkbox"/> 大いに	<input type="checkbox"/> かなり	<input type="checkbox"/> まあまあ	<input type="checkbox"/> 少し	<input type="checkbox"/> 全くない

4歳以上の方は、次の問15～問20にお答え下さい。(☐に✓を入れてください)

質問項目	治療開始(または変更)前					治療開始(または変更)後				
	制限されず	少し制限	中等度制限	強く制限	完全に制限	制限されず	少し制限	中等度制限	強く制限	完全に制限
15 戸外で友達と元気に遊ぶことの制限はどの位でしたか？	<input type="checkbox"/> 制限されず	<input type="checkbox"/> 少し制限	<input type="checkbox"/> 中等度制限	<input type="checkbox"/> 強く制限	<input type="checkbox"/> 完全に制限	<input type="checkbox"/> 制限されず	<input type="checkbox"/> 少し制限	<input type="checkbox"/> 中等度制限	<input type="checkbox"/> 強く制限	<input type="checkbox"/> 完全に制限
16 子供が急いで階段や坂道を登ったときせきがでましたか？	<input type="checkbox"/> 全然ない	<input type="checkbox"/> 少し	<input type="checkbox"/> ときどき	<input type="checkbox"/> かなり	<input type="checkbox"/> いつも	<input type="checkbox"/> 全然ない	<input type="checkbox"/> 少し	<input type="checkbox"/> ときどき	<input type="checkbox"/> かなり	<input type="checkbox"/> いつも
17 子供が軽い運動(例: なわとび、三輪車、自転車、スケートボード等)をしたときせきはありましたか？	<input type="checkbox"/> 全然ない	<input type="checkbox"/> 少し	<input type="checkbox"/> ときどき	<input type="checkbox"/> かなり	<input type="checkbox"/> いつも	<input type="checkbox"/> 全然ない	<input type="checkbox"/> 少し	<input type="checkbox"/> ときどき	<input type="checkbox"/> かなり	<input type="checkbox"/> いつも
18 子供の身体を鍛え(例: スイミングスクール、サマーキャンプ、海水浴、山歩き等)ようと思いませんか？	<input type="checkbox"/> いつも	<input type="checkbox"/> かなり	<input type="checkbox"/> ときどき	<input type="checkbox"/> 少し	<input type="checkbox"/> 全然ない	<input type="checkbox"/> いつも	<input type="checkbox"/> かなり	<input type="checkbox"/> ときどき	<input type="checkbox"/> 少し	<input type="checkbox"/> 全然ない
19 子供はスポーツ活動(例: 水泳、野球、サッカー、ドッジボール、マラソン)などの参加に制限された程度はどの位でしたか？	<input type="checkbox"/> 制限されず	<input type="checkbox"/> 少し制限	<input type="checkbox"/> 中等度制限	<input type="checkbox"/> 強く制限	<input type="checkbox"/> 完全に制限	<input type="checkbox"/> 制限されず	<input type="checkbox"/> 少し制限	<input type="checkbox"/> 中等度制限	<input type="checkbox"/> 強く制限	<input type="checkbox"/> 完全に制限
20 子供が学校、幼稚園を喘息のために(遅刻、早退、休んだ)日数は？	<input type="checkbox"/> 全然ない	<input type="checkbox"/> 1日/2週	<input type="checkbox"/> 2日/2週	<input type="checkbox"/> 3日/2週	<input type="checkbox"/> 4日以上/2週	<input type="checkbox"/> 全然ない	<input type="checkbox"/> 1日/2週	<input type="checkbox"/> 2日/2週	<input type="checkbox"/> 3日/2週	<input type="checkbox"/> 4日以上/2週

\*本調査票は、岐阜大学医学部小児科作成の調査票を改変したものです。