

月 日 記載 患者氏名 ID

小児アレルギー外来 予診票 (ぜん鳴・ぜん息・鼻眼症状)

□には☑または■をご記入ください。空欄には該当する内容を直接記入して下さい。

- あなたのお子さんは最近 12 ヶ月間に、胸がゼイゼイ、またはヒューヒューいったことがありますか？
 はい いいえ
- あなたのお子さんは今までに、胸がゼイゼイ、またはヒューヒューいったことがありますか？
 はい いいえ
- 「ぜん息」と医師から説明されていますか。 はい いいえ 「うたがひ」

質問 1~3 いずれも「いいえ」の場合、質問 11 に進んで下さい

- ぜん鳴（ゼイゼイ・ヒューヒューする呼吸の音）が初めてあったのは、いつですか。のど・鼻の音だけの時を除きます。
 1 歳前 1 歳代 2~3 歳 4~5 歳 6 歳以降 今までない・わからない
- 息を吐く時のぜん鳴が、多少の変動があっても 1 日(24 時間)続いたことがありますか。
 (のど・鼻の音だけの時は除きます。 数日~数週の間改善・悪化の変動があったものは 1 回と数えます)
 なし 1-2 回あった 3 回以上あった →1 回でもあった場合は以下もお答えください
 そのような時、気管支拡張薬吸入（ネブライザーやスプレーで使うマシ、パネトリ、サルノールなど）は効きましたか
 効かなかった すぐ効いたようだった 治療内容や効果がわからない
- 最近の 3 ヶ月間で、長距離走や運動・大笑い大騒ぎ・外の冷氣・わずかな煙やホコリ・台風や天気の変わりめこれらをきっかけに、咳がでたり ぜん鳴が起きたことがありますか。苦しくないエピソードも含めます。
 まったくない 2-3 ヶ月前はあった 1 ヶ月以内にあった 1 週間以内にあった
- 最近の半年~1 年で、ぜん鳴・風邪症状がめだたないせき込み、これらはあまり息苦しくないものを含めてどれくらいの頻度でありましたか。
 まったくない 年に数回 月に 1~数回 週に 1~数回 ほぼ毎日
 覚えている範囲で ⇒ 最後のエピソード およそ _____ 日・週・か月前 または _____ 年 月頃
 その 1 つ前 およそ _____ 日・週・か月前 または _____ 年 月頃
- 最近の半年~1 年で、ぜん鳴や息苦しい咳こみのために救急外来を受診したり、入院になったことがありますか。
 なし あり
 ⇒ありの場合は以下に記入し、書ききれない場合は、新しいエピソードから書いてください。

時期	きっかけ と思うこと	治療場所 ○をつけて 記載してください	治療内容
2019.11.	風邪をひいた 台風も	救急外来・入院・病院名:	吸入・酸素・他:テフ 処方
		救急外来・入院・病院名:	吸入・酸素・他:
		救急外来・入院・病院名:	吸入・酸素・他:
		救急外来・入院・病院名:	吸入・酸素・他:
		救急外来・入院・病院名:	吸入・酸素・他:

例

9. 最近の半年～1年でぜん鳴や咳がしやすいことについて、長期間(1か月以上 ほぼ毎日) 続けた薬はありますか。

	過去に使用 (時期)	現在継続中 (いつから)	薬剤 現在の使用薬剤に○をつけてください	現在の1日使用量	効果
吸入 受容体拮抗薬	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	①オノン (ﾌﾟﾗﾝｸｽﾄ) ② キプレス・シングレア (ﾓﾝﾃﾙｶｽﾄ)	mg	<input type="checkbox"/> 感じる <input type="checkbox"/> 感じない
吸入 ｽﾄｲﾄﾞ 薬	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	①フルタイドディスクス 50/100/200 μg ②フルタイドエア 50/100 μg ③キュパール 50/100 μg ④アドエア 50/100 μg ⑤パルミコート吸入液 0.25/0.5 mg	1日 _____ 吸入 計 _____ μg・mg ｽﾍﾟｰｻｰ 使用・不使用	<input type="checkbox"/> 感じる <input type="checkbox"/> 感じない
その他					

10. ぜん鳴やせき込みが苦しい時のための薬を処方されていますか。

	薬剤 ○をつけてください	1回使用量 1日の上限	使用頻度 ○をつける、使った日数や時期	効果 ○をつける
吸入	メブチン (エア ｰ キッドエア ｰ 吸入液 ﾈｯﾄ) サルタノール・アイロミール・ベネトリン	1回 吸入 1日 回まで	年数回・月 1～数回・週 1～数回 この1か月での使用 約()日	<input type="checkbox"/> 感じる <input type="checkbox"/> 感じない
貼り薬	ホクナリン(ｸﾞﾗﾌ ｰ ﾈｰﾙ) ﾃｰﾌﾟ		最後に使った時期	<input type="checkbox"/> 感じる <input type="checkbox"/> 感じない
内服	メブチン・ホクナリン		最後に使った時期	<input type="checkbox"/> 感じる <input type="checkbox"/> 感じない
			最後に使った時期	<input type="checkbox"/> 感じる <input type="checkbox"/> 感じない
			最後に使った時期	<input type="checkbox"/> 感じる <input type="checkbox"/> 感じない

11. 季節や環境の変化で、鼻炎症状(くしゃみ・鼻水・鼻づまり・鼻をこする)がおきますか。
風邪でもなさそうなのに、鼻水や鼻づまりがしばしばありますか。 なし あり
→あり の場合は次の質問 12. 13.もお答えください

12. 11.の鼻炎症状があるときに、明らかに目がかゆそうでこすっていたり、涙がでていることがありますか。
 なし あり

13. 鼻や眼の症状が引き起こされるきっかけで、思い当たることはありますか。いくつか選んでください。
 すぎ花粉 ホコリ・ダニ 毛のあるペット
 _____月～_____月ころ 特定の場所 _____ ほか _____

14. 11.、12.の質問で あり の場合、症状について処方されている薬があれば書いてください。

15. アレルギー性鼻炎に対する舌下免疫療法に関心がありますか。
 ない・知らない 相談したい すでに行っている (スギ花粉 ダニ)