**平成30年度（2018年）3月**

**ふくおか病院こども水泳教室問診票（喘息検診）**

この問診票は水泳教室参加児の治療の参考にするためのものです．結果を公表する際は個人が特定されない形で行います．ご協力をお願いいたします．

氏　名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　記入年月日（平成 年　　　月　　　日）

1. 喘息でかかりつけのお医者さんをお教えください．

a.　福岡病院　　　　b. （　　　　　　　　　　　　　　　　）

1. 初めて喘息発作が起こったのはいつですか？

　　　　　　　　　年　　　月（　　　歳　　　か月）　　季節（　春　・　夏　・　秋　・　冬　　）

1. 現在の喘息の治療状況を教えてください．あてはまる記号に○をつけてください．

a.　毎日治療中　　　b.　発作時のみ治療する　　c. 特定の季節のみ治療

d. この1年間は治療していない　　　e.　喘息ではない

1. 現在の発作の状況を教えてください．

a. 毎日発作　　　　b.　週に1回以上発作　　　c. 月に1回以上発作

d. 年に数回，季節の変わり目や風邪の時に発作　　　e.　発作はない

1. 質問3で毎日治療中とお答えの人におききします．発作がない時にも行う治療はなんですか？

あてはまる記号に○をつけ，（　）内の項目に答えてください．

1. フルタイド，キュバール，パルミコート，オルベスコ，アドエアなどの吸入

　（　吸入している　・　していない　）

　　　　　　　　　一回量（ 50 ・ 100 ・ 200 ）を（　　）吸入（　　）回/日

1. パルミコ−ト吸入液　（　吸入している　・　していない　）

　　　　　　　　　一回量（ 0.25 ・ 0.5 ）を（　　）吸入（　　）回/日

1. セレベント・アドエア吸入（ 吸入している ・ していない ）
2. インタール吸入（　吸入している ・ していない 　）
3. ベネトリン，サルタノール吸入（ 吸入している ・ していない ）
4. 吸入はしているが何かわからない．
5. オノン・プランルカスト・シングレア・キプレスなどの抗ロイコトリエン拮抗薬

（　飲んでいる　・　飲んでいない　・　不明　）

1. ザイザル，アレジオン，ジルテック，クラリチン，アレロック，ザジテン，アゼプチンなどの抗ヒスタミン薬

　　　　　　　　　　　　　 　　　　（　飲んでいる　・　飲んでいない　・　不明　）

1. テオドール，テルバンス，テオロングなどのテオフィリン薬

　　　　　　　　　　　 　　　 （　飲んでいる　・　飲んでいない　・　不明　）

1. ベラチン，メプチン，ホクナリン，スピロペントなどの交感神経刺激薬

　　　　　　　　　　　 　　　（　飲んでいる　・　飲んでいない　・　不明　）

1. ホクナリンテープ，ツロブテロールテープ

（　毎日貼っている　・　時々貼っている　・　貼っていない　）

1. その他の喘息の薬　　　 （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）
2. 喘息は昨年にくらべ悪くなっていますか？（　悪い　・　不変　・　良い　）

1. 過去3年間の発作の頻度は？（おおよそで結構です）あてはまる月の上に☓，△，◯，◎の記号をつけてください．

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 年 | 月 |  |
| 2015 | 1　　2　　3　　4　　5　　6　　7　　8　　9　　10　　11　　12 | ×発作がない  △発作が月に1〜2回  ○発作が月に数回から10数回  ◎発作がほとんど毎日 |
| 2016 | 1　　2　　3　　4　　5　　6　　7　　8　　9　　10　　11　　12 |
| 2017 | 1　　2　　3　　4　　5　　6　　7　　8　　9　　10　　11　　12 |
| 2018 | 1　　2　　3 |

1. この1年間の発作の強さと回数は次のどれにあたりますか．それぞれのあてはまるところに○をつけて下さい．（3つまで）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 大発作 | 中発作 | 小発作 |
| 1年に数回以内 |  |  |  |
| 6か月に数回 |  |  |  |
| 1か月に数回 |  |  |  |

ご協力ありがとうございました．

2018年1月12日改訂