

## <気管支喘息 問診票>

記入日: 年 月 日

お名前 (フリガナ):

生年月日: 年 月 日

1. 今回の受診理由をお書きください

2. 以下のような症状がありますか? (あてはまるものすべてにチェック)

せき (特に夜間や早朝)  ゼーゼー・ヒューヒューという呼吸音  息苦しさ  胸の圧迫感・痛み  運動時の息切れ  睡眠中に咳やゼーゼーで起きる  風邪をひくと長引く・悪化する  特定の季節に症状が出やすい (季節: )

3. 最初に症状が出たのはいつ頃ですか?

1歳未満  1~3歳  4~6歳  7歳以上 具体的な時期: 年 月頃

4. 症状の頻度はどのくらいですか?

ほぼ毎日  週に数回  月に数回  年に数回  季節性 (時期: )

5. 症状が悪化する (出現する) きっかけはありますか? (あてはまるものすべてにチェック)

運動・遊び  冷たい空気 (冬・エアコン)  天候の変化  風邪・感染症  ストレス・緊張  タバコの煙  ホコリ  ペット (種類: )  花粉 (種類: )

食べ物 (種類: )

その他 ( )

6. 症状が出たときの対応について

これまでに使用した薬や対応法:

効果:  よく効いた  少し効いた  あまり効果がなかった  わからない

7. これまでに救急外来や入院をしたことがありますか?

はい  いいえ 「はい」の場合、時期と状況:

既往歴・家族歴について

8. お子さまは以下の病気と診断されたことがありますか? (あてはまるものすべてにチェック)

気管支喘息  アトピー性皮膚炎  アレルギー性鼻炎  アレルギー性結膜炎  食物アレルギー (食品名: )  その他 ( )

9. アレルギー検査を受けたことがありますか?

はい  いいえ 「はい」の場合、結果がわかれば記入してください:

10. ご家族 (両親・兄弟姉妹・祖父母) で以下の病気がある方はいますか?

気管支喘息 (続柄: )  アトピー性皮膚炎 (続柄: )

アレルギー性鼻炎 (続柄: )  食物アレルギー (続柄: )

その他のアレルギー疾患（病名： \_\_\_\_\_ 続柄： \_\_\_\_\_ ）  
（生活環境について）

**11. ご家庭の状況について**

同居者： 父  母  兄弟姉妹（ \_\_\_\_\_ 人）  祖父  祖母  その他（ \_\_\_\_\_ ）

**12. お住まいの環境**

一戸建て  マンション・アパート（ \_\_\_\_\_ 階）  その他（ \_\_\_\_\_ ）

お子さまの部屋の床： フローリング  カーペット  畳  その他

**13. ペットを飼っていますか？**

はい（種類： \_\_\_\_\_ ）  いいえ

**14. ご家庭で喫煙される方はいますか？**

はい（続柄： \_\_\_\_\_ 、場所： 室内  ベランダ  屋外のみ）  いいえ

**現在の治療状況（すでに喘息と診断されている場合）**

**16. 現在使用している薬はありますか？**

はい  いいえ 「はい」の場合、薬の名前と使用頻度：

**17. 吸入薬の使用について**

使用していない  発作時のみ使用（薬名： \_\_\_\_\_ ）  毎日使用（薬名： \_\_\_\_\_ ）

**18. 薬の使用で困っていることはありますか？**

使い方がわからない  効果がわかりにくい  副作用が心配  飲み忘れ・使い忘れが多い  
 その他（ \_\_\_\_\_ ）

**19. 気管支喘息についての心配事や質問があればご記入ください**

**20. お子さまの日常生活で制限していることがあれば教えてください**



※この問診票は診療の参考にさせていただきます。 ※ご記入いただいた情報は、診療目的以外には使用いたしません。問診の記載にご協力いただき、ありがとうございました。

ゆうゆうこどもアレルギークリニック