

# JPACぜん息コントロールテストシート

6カ月～4歳未満用

記入日： 年 月 日

お子様のお名前(ふりがな) \_\_\_\_\_

お子様の性別： 男 女 (○をつけてください)

お子様の年齢： 歳 カ月

お子様と  
一緒に!

最近1ヵ月間のぜん息症状と生活の障害について、1～6の質問のそれぞれあてはまる**答えの数字**に ○ をつけてください。

1

## ぜん鳴の程度

この1ヵ月間で、ゼーゼー(ゼロゼロ)した日はどのくらいありましたか。

- まったくなし 3
- 月1回以上、週1回未満 2
- 週1回以上、毎日ではない 1
- 毎日持続 0

2

## 呼吸困難発作回数

この1ヵ月間で、ゼーゼー(ゼロゼロ)して息が苦しそうな発作がどのくらいありましたか。

- まったくなし 3
- 時に出現、持続しない 2
- たびたびあり、持続する 1
- ほぼ毎日持続 0

3

## 朝・夜の咳

この1ヵ月間で、熱がないのに、夜寝る頃や朝方にせきが気になることがどのくらいありましたか。

- まったくなし 3
- 時に出現、持続しない 2
- 週1回以上、毎日ではない 1
- 毎日持続 0

4

## 夜間覚醒の頻度

この1ヵ月間に、せきやゼーゼー(ゼロゼロ)で、夜中に目を覚ましてしまうことがどのくらいありましたか。

- まったくなし 3
- 時にあるが週1回未満 2
- 週1回以上、毎日ではない 1
- 毎日ある 0

5

## 運動時のぜん息症状

運動したり、はしゃいだり、大泣きしたときにせきが出たり、ゼーゼー(ゼロゼロ)することがどのくらいありますか。

- まったくなし 3
- 軽くあるが困らない 2
- たびたびあり困る 1
- いつもあり困っている 0

6

## β2刺激薬使用頻度

この1ヵ月間に発作止め\*の吸入薬や飲み薬、はり薬をどのくらい使いましたか。

\*発作を予防する毎日の薬ではなく、せきやゼーゼーなどの発作時に使用する薬です

- まったくなし 3
- 1週間に1回以下 2
- 1週間に数回、毎日ではない 1
- 毎日ある 0

合計

○をつけた数字の合計を書き込みましょう。

\_\_\_\_\_ 点

判定結果にチェックをつけましょう。

- 18点 完全コントロール
- 17～13点 良好なコントロール
- 12点以下 コントロール不良

● 現在使用しているぜん息の長期管理薬(予防薬)にチェックをつけてください。

裏面には薬の写真が載っていますので、参考にしてください。

吸入ステロイド薬	①パルミコート吸入液	<input type="checkbox"/> 250μg	<input type="checkbox"/> 500μg	[1日吸入回数： 回]
	②フルタイドエア－	<input type="checkbox"/> 50μg	<input type="checkbox"/> 100μg	[1日吸入回数： 回]
	③キュバール	<input type="checkbox"/> 50μg	<input type="checkbox"/> 100μg	[1日吸入回数： 回]
ロイコトリエン受容体拮抗薬	<input type="checkbox"/> オノン	<input type="checkbox"/> シングレア	<input type="checkbox"/> キプレス	DSCG(インタール) <input type="checkbox"/> 吸入液

● 乳幼児ぜん息診断の目安となる所見について、当てはまるものにチェックをつけてください。

- 明らかな呼吸性ぜん息を3回以上繰り返している
- 呼吸性ぜん息時に努力性呼吸を認めた
- β2刺激薬の反応性が良好である
- 本人・家族にアトピー素因がある
- その他[ ]

分からない場合は  
診察時に医師に  
確認しましょう

お医者さんと  
いっしょに!

今月の結果に  
チェックを  
つけましょう。

- 治療ステップ  なし  ステップ1  ステップ2  ステップ3  ステップ4
- 見かけの重症度  間欠型以下  軽症持続型  中等症持続型  重症持続型
- 真の重症度  間欠型(以下)  軽症持続型  中等症持続型  重症持続型  最重症持続型