ぜん息コントロール評価票

各項目について、アルファベットのいずれか該当するものに○をお付け下さい。

1 日中の症状

- A. なし B. あり(週に1~2回) C. あり(週に2回を超える)

2 夜間早朝の症状

- A. なし B. あり(週に1~2回) C. あり(週に2回を超える)

3 運動を含む活動の制限

- A. なし B. あり

4 発作治療薬の使用

- A. なし B. あり(週に1~2回) C. あり(週に2回を超える)

5 呼吸機能 (ピークフローあるいは一秒量)

- A. 正常範囲内 B. 予測値あるいは自己最高値の80%未満

6 ピークフローの日内(週内)変動(毎日測定している方対象)

- A. 20%未満 B. 20%以上

7 ぜん息増悪

- A. なし B. 年に1回以上 C. 月に1回以上 D. 週に1回以上