

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)

ちゃん お子様の年齢： 歳 カ月

お子様と
一緒に!

最近1か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か月間で、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か月間で、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か月間で、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か月間に、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か月間に発作止め*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

○をつけた数字の合計を書き込みましょう。

合計

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"/> 0.25mg(250μg)	<input type="checkbox"/> 0.5mg(500μg)	[1日 回 / 1回 吸入]
	②フルタイドエアゾール	<input type="checkbox"/> 50μg	<input type="checkbox"/> 100μg	[1日 回 / 1回 吸入]
	③キュバールエアゾール	<input type="checkbox"/> 50μg	<input type="checkbox"/> 100μg	[1日 回 / 1回 吸入]
	④オルベスコインヘラー	<input type="checkbox"/> 50μg	<input type="checkbox"/> 100μg	[1日 回 / 1回 吸入]
	⑤アドエア50エアゾール		<input type="checkbox"/> 200μg	[1日 回 / 1回 吸入]
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 | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> ステップ1 | <input type="checkbox"/> ステップ2 | <input type="checkbox"/> ステップ3 | <input type="checkbox"/> ステップ4 |
| 見かけの重症度 | <input type="checkbox"/> 間欠型以下 | <input type="checkbox"/> 軽症持続型 | <input type="checkbox"/> 中等症持続型 | <input type="checkbox"/> 重症持続型 | |
| 真の重症度 | <input type="checkbox"/> 間欠型(以下) | <input type="checkbox"/> 軽症持続型 | <input type="checkbox"/> 中等症持続型 | <input type="checkbox"/> 重症持続型 | <input type="checkbox"/> 最重症持続型 |

ぜん息治療薬一覧

お子様が使っている薬を見つけます。用量が複数あるものについては、間違えないように気をつけましょう。

吸入ステロイド薬
(乳幼児用)



①パルミコート吸入液
0.25mg(250μg)/0.5mg(500μg)



②フルタイドエアゾール
50μg/100μg



③キュバールエアゾール
50μg/100μg



④オルベスコインヘラー
50μg/100μg/200μg



⑤アドエア50エアゾール

ロイコトリエン
受容体拮抗薬



(左)オノンカプセル
(右)オノンドライシロップ



(左)シングレアチュアブル
(右)シングレア細粒



(左)キプレスチュアブル
(右)キプレス細粒

治療ステップの判別方法

該当する年齢の治療ステップ早見表より、現在使用している長期管理薬の種類と量を選び、治療ステップを判別しましょう。

治療ステップ早見表 (2歳未満)

治療ステップ1

ロイコトリエン受容体拮抗薬
(不定期に使用)

治療ステップ2

ロイコトリエン受容体拮抗薬
(継続的に使用)

- ①パルミコート吸入液(250μg)
- ②フルタイドエアゾール(～100μg)
- ③キュバールエアゾール(～100μg)
- ④オルベスコインヘラー(50μg)

治療ステップ3

- ①パルミコート吸入液(～500μg)
- ②フルタイドエアゾール(～200μg)
- ③キュバールエアゾール(～200μg)
- ④オルベスコインヘラー(～100μg)
- ⑤アドエア50エアゾール(1回)

治療ステップ4

- ①パルミコート吸入液(～1000μg)
- ②フルタイドエアゾール(～400μg)
- ③キュバールエアゾール(～400μg)
- ④オルベスコインヘラー(～200μg)
- ⑤アドエア50エアゾール(2回)

治療ステップ早見表 (2歳～3歳)

治療ステップ1

ロイコトリエン受容体拮抗薬
(不定期に使用)

治療ステップ2

ロイコトリエン受容体拮抗薬
(継続的に使用)

- ①フルタイドエアゾール(～100μg)
- ②キュバールエアゾール(～100μg)
- ③パルミコート吸入液(～250μg)
- ④オルベスコインヘラー(50μg)

治療ステップ3

- ①フルタイドエアゾール(～200μg)
- ②キュバールエアゾール(～200μg)
- ③パルミコート吸入液(～500μg)
- ④オルベスコインヘラー(～100μg)
- ⑤アドエア50エアゾール(1～2回)

治療ステップ4

- ①フルタイドエアゾール(～400μg)
- ②キュバールエアゾール(～400μg)
- ③パルミコート吸入液(～1000μg)
- ④オルベスコインヘラー(～200μg)
- ⑤アドエア50エアゾール(2～4回)

※この早見表は、簡単に治療ステップが判定できるよう「小児気管支喘息治療・管理ガイドライン2023」を基に、一部改編して作られています。実際の治療内容や方針を示すものではありません。
※吸入ステロイド薬の用量は1日あたりの使用量を表しています。※ここに掲載している治療薬は、優先順位等を示すものではありません。

この1カ月で気になったことなどを自由に記入しましょう。

.....

.....



リサイクル適性
この印刷物は、印刷用の紙へリサイクルできます。