

健康相談質問票

次の内容についてご記入、もしくは○印をお願いします。

新規・継続

記入日：令和 年 月 日

(フリガナ) 氏名		男 女	生年月日	平成・令和 年 月 日 (才)	住所： 区 電話 ()
ぜん息の状態	1. 医療機関への受診回数は？ 定期的な受診回数 (月に 回程度) 不定期な受診回数 (月・年に 回程度)				9. ぜん息の発作で学校を休んだり、日常生活で困ることがありますか？ はい ・ いいえ ↳ ()
	2. 最近2年間でぜん息の発作で入院したことがありますか？ はい (回) ・ いいえ				
	3. 発作の回数は？ ほぼ毎日 ・ 週に数回 ・ 月に数回 ・ 年に数回				10. 日頃からぜん息のことで気をつけていることや心がけていることはありますか？ はい・ いいえ ↳ ()
	4. 発作の程度は？ 日常生活に支障があるような発作はありましたか？ はい ・ いいえ 睡眠に支障があるような発作はありましたか？ はい ・ いいえ 夜間に受診したり、入院をするような発作はありましたか？ はい ・ いいえ				
	5. 治療内容は？(あてはまるもの全てに○) <日常的に使用> 内服薬・吸入薬(ステロイド・ステロイド以外)・その他 () <発作時に使用> 内服薬 ・ 吸入薬 ・ テープ ・ その他 ()				今回申請された病気について 診断時期：平成・令和 年 月～ 診断名：気管支ぜん息・ぜん息性気管支炎・慢性気管支炎・肺気しゅ 通院している医療機関名： () 主治医： ()
	6. 発作が起こりやすい日常生活の出来事は？(あてはまるもの全てに○) 風邪などの感染症 ・ 運動をしたとき ・ 疲れたとき 不安や緊張したとき ・ 季節の変わりめ ・ その他 ()				家族の方に医療機関でぜん息の診断を受けた方がいますか？ はい ・ いいえ ↳ 子どもの時に診断を受けたのはどなたですか？ (お子さんからみて) 父・母・兄弟姉妹・祖父・祖母 大人になってから診断を受けたのはどなたですか？ (お子さんからみて) 父・母・兄弟姉妹・祖父・祖母
	7. 内服や吸入は自分でできていますか？ はい ・ だいたい ・ いいえ				最近のアレルゲン検査 有 (最終実施時期：平成・令和 年 月) ・ 無 ↳ 総IgE： 正常 ・ 高値 好酸球数： 正常 ・ 多い 血液検査や皮膚検査で陽性だったものは？ ()
	8. 医師の指示どおり内服や吸入はできていますか？ はい ・ だいたい ・ いいえ				

裏面もご記入ください。

お子さんが生活している環境	1. 床の状態は？ カーペット ・ 畳 ・ フローリング ・ その他 ()	相談したいこと、困っていること 有 ・ 無
	2. 掃除の頻度は？ おおよそ () 日に1回	
	3. 日ごろの寝具の手入れ方法についてお尋ねします。 シーツや布団カバーの洗濯は？ 週 () 回 ・ 月 () 回 ・ その他 () 布団や枕の手入れで行っているものは？ (あてはまるもの全てに○) 週 () 回は外へ干す ・ 週 () 回は掃除機をかける 週 () 回は布団乾燥機を使う ・ その他 ()	記入者氏名 (本人との続柄)
	4. 室内にぬいぐるみや鉢植えの植物がありますか？ はい ・ いいえ	<これより以下は保健福祉センターで利用させていただきます>
	5. お子さんの周囲でたばこを吸う人がいますか？ はい(どなたですか) ・ いいえ どこで吸われますか？ ベランダ・換気扇の下・お子さんの過ごす部屋・その他()	令和 年 月 日 <本人・家族 () ・その他 () >
	6. 大きな幹線道路(バス・トラックがよく通る)に面していますか？ はい ・ いいえ	
これまでにかかった病気 アトピー性皮膚炎： () 歳頃診断 現在は治癒・治療中 アレルギー性鼻炎： () 歳頃診断 現在は治癒・治療中 アレルギー性結膜炎： () 歳頃診断 現在は治癒・治療中		
その他 初潮： () 歳 ペット： 有 ・ 無 ↳ 犬 ・ 猫 ・ 小鳥 ・ その他 ()		
今までに大阪市で行っている教室等に参加されたことがありますか？ 有 ・ 無 ↳ 1. アレルギー予防教室 2. 乳幼児アトピー・ぜん息相談 3. ぜん息教室(講演会) 4. ぜん息児水泳教室 5. 親と子の健康回復教室 6. ぜん息児童の健康回復セミナー 7. その他ぜん息等事業 ()	サイン	