

喘息日記

氏名	:		(男・女)
生年月日	:	明治・大正・昭和・平成	年 月 日
年齢	:	歳	身長 : cm
住所	:	〒 -	
TEL	:	() -	

1. 発作がなくても記入してください。
2. 来院の際には必ず持参してください。
(他院や救急受診するときも含む)
3. 書き終えましたら担当医師に渡してください。

編 長野赤十字病院 呼吸器内科 026-226-4131

医療機関①	:	
担当医師	:	
医療機関②	:	
担当医師	:	

*診療を受けた日に○をしてください。

月 日(曜日)		月 日()	月 日()	月 日()	月 日()	月 日()	月 日()																
天 候																							
区 分		朝	昼	夕	夜	朝	昼	夕	夜	朝	昼	夕	夜	朝	昼	夕	夜	朝	昼	夕	夜		
喘息の症状	A 大発作																						
	B 中発作																						
	C 小発作																						
	D1 ゼーゼー/ヒューヒュー																						
	D2 胸苦しい																						
	N 症状なし																						
	せき	E1 強い																					
		E2 弱い																					
		ない																					
	たん	量	多	少	無	多	少	無	多	少	無	多	少	無	多	少	無	多	少	無	多	少	無
		切れ	悪い	良い	悪い	良い	悪い	良い	悪い	良い	悪い	良い	悪い	良い	悪い	良い	悪い	良い	悪い	良い	悪い	良い	
日常生活	全くできなかった																						
	あまりできなかった																						
	ほぼできた																						
	普通にできた																						
夜間睡眠	息苦しくて全く眠れなかった																						
	息苦しくてあまり眠れなかった																						
	息苦しかったが眠れた																						
	安眠できた																						
その他の症状	くしゃみ																						
	はなみず																						
	はなづまり																						
	かぜの症状																						
	発熱																						
	息切れ																						
ピークフロー値(L/min) 最高値を記入してください (必ず薬を飲む前、薬を吸入する前に測定してください)	起床時																						
	昼間																						
	夜間																						
	就寝前																						
長期管理薬																							
発作治療薬																							
備考 喘息の症状を起こした原因や誘因、また注射をした場合は、その旨を記入してください。																							

月 日()		一週間の合計		通信欄	
朝	昼	夕	夜		
				患者さんから担当医へ	
				1週間の回数	
				平均/週	

