

喘息カード記入マニュアル

私は気管支ぜんそく患者です

フリガナ			
氏名			
生年月日	明・大・昭・平	年	月 日生
現住所	電話 () -		
緊急 連絡先	(自宅・会社・)		
	電話 () -		

かかりつけ医療機関

● 病院名

● 医師名

● 連絡先

電話 () -
 FAX () -

発作時救急医療機関

● 病院名

● 連絡先

電話 () -
 FAX () -

カード発行者
 発行年月日 平成 年 月 日

岐阜県喘息対策実施事業連絡協議会

ここは患者さんに記載していただきます。

カードを発行する施設の
 医院・病院名と医師名連絡
 先などを記載してください。
 印鑑があればそれでも
 結構です。

カードを発行する施設が
 医院の場合、病診連携をと
 っている救急担当病院^{※1}
 を記載してください。
 病院の場合はかかりつけ
 と同じでも結構です。

必ず記載してください。

※1: 救急担当病院によっては当直医により喘息患者受け入れができない場合もあります。連携病院との連絡を密にし、事前に連絡が必要であればその旨説明をお願いします。

カードは3つ折りにすると免許証と同サイズになります。ご本人が意識不明となっても確認ができるように、常に携帯するよう指導をしてください。

以下は、喘息発作が出た時の患者自身による対応方法を記したアクションプランと、喘息の日頃のコントロール状態を記載する部分です。

短時間作動型吸入β刺激剤にはメブチンエア/クリックヘラー・アイロミール・ベロテック・サルタノールなどがありますが、日頃先生が使い慣れている薬剤・当該患者に処方している薬剤をご記入ください。また、使用後動悸がするなどで2回の吸入ができず、1吸入で対応している患者さんには1回吸入と変更して指導をお願いします。

記載例

ぜんそく発作がでた！

発作止めの吸入 **(メブチンエア)** を ~~2回~~ **1回** 吸入

20分

改善した場合しばらく経過をみましょう

改善しない場合

発作止めの吸入 **(メブチンエア)** を ~~2回~~ **1回** 吸入

20分

改善した場合しばらく経過をみましょう

改善しない場合

すぐに医療機関を受診しましょう！

3日以内にかかりつけ医院を受診しましょう

発作止めの吸入薬とは・・・メブチンエア/クリックヘラー・アイロミール・サルタノール・ベロテックなどの短時間作用型の気管支拡張効果を持つ吸入薬で、喘息発作が出現したときにその症状を改善させるための薬剤です。

重症度	<input checked="" type="checkbox"/> 軽症間欠 <input type="checkbox"/> 軽症持続 <input type="checkbox"/> 中等症 <input type="checkbox"/> 重症
人工呼吸管理歴	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明
過去1年以内	<input type="checkbox"/> 入院あり <input type="checkbox"/> 救急受診あり <input type="checkbox"/> 不明
アスピリン喘息	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明

なしのため記載せず
なしへのチェックは極力避ける

薬剤アレルギー	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 使用不可薬剤 (造影剤・風邪薬(皮疹))
長期管理薬	吸入ステロイド (FP ティスカス 400/日) ステロイド薬内服 <input type="checkbox"/> 頓用 <input type="checkbox"/> 常用 (LABA, オノン, テオドール 400/日)
発作時の治療	・β ₂ /β ₁ 水吸入 ・γ ₂ /β ₁ 0-1 125mg/T3:200 点滴
特記事項	ACT : 23 PEF : 450~500

2008.9

短時間作動型吸入β刺激剤と長時間作動型吸入β刺激剤・吸入ステロイドとの違いが理解できていない患者も多いので、可能であればこの部分を説明する時に再確認をして頂くと、良いと思います。

重症度は治療ステップではなく症状ステップで考えて頂いて結構です。過去1年間の入院/救急受診歴がなければ記載しません。アスピリン喘息はよほどの場合以外はありか不明かで記載してください。なしにチェックがしてあっても再度確認しつつ、充分注意して使用することが必要と考えます。

薬剤アレルギーは確認できる範囲で記載をして下さい。長期管理薬は薬剤名と1日使用量を記載してください。発作時の治療はカード発行施設で急性発作時に使用する治療を記載して頂きます。特記事項には ACT スコアや PEF の値などを記載してください。