

ぜんそく発作がでた！

発作止めの吸入（ ）を（ ）回吸入しましょう

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（ ）を（ ）回吸入しましょう

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療機関を
受診しましょう

発作止めの吸入薬とは…メブチン（エア/吸入液）・サルタノールインヘラー・ベネトリン・アイロミールなどの短時間作用性の気管支拡張効果を持つ吸入薬で、発作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。
※内服薬または貼付剤での発作の場合ここに記載

()

重症度	<input type="checkbox"/> 軽症間欠 <input type="checkbox"/> 軽症持続 <input type="checkbox"/> 中等症 <input type="checkbox"/> 重症 <small>(参考：小児と成人では重症度の定義に違いがあります)</small>
人工呼吸管理歴	<input type="checkbox"/> あり <input 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 type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明

薬剤アレルギー	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 使用不可薬剤 ()
長期管理薬	吸入ステロイド () ステロイド薬内服 <input type="checkbox"/> 頓用 <input type="checkbox"/> 常用 ()
特記事項	

2021.2

私は気管支ぜんそく患者です

フリガナ	
氏名	男 女 未成年の場合：保護者名 ()
生年月日	大・昭・平・令 年 月 日生
現住所	電話 () -
緊急連絡先	(自宅・会社・) 電話 () - 携帯 () -

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 令和 年 月 日

岐阜県喘息・アレルギー系疾患対策事業連絡協議会