

参考資料4

生物学的製剤使用について

発作とは、咳が出たり、ぜいぜいしたり、息苦しくなる状態のことです

*必須

1. 研究対象者番号を入力してください。

2. 生年月日を入力してください。

例: 2019年1月7日

使用した生物学的製剤

複数の製剤を使用したことがある場合はひとつずつお答えください。

3. 使用した、または使用中の生物学的製剤を選んでください。*

1つだけマークしてください。

- ゾレア 質問4にスキップします
- ヌーカラ 質問12にスキップします
- デュピクセント 質問20にスキップします
- ファセンラ 質問28にスキップします

ゾレアについて

表示外に選択肢がある可能性があるためご注意ください。

4. これまで使用した生物学的製剤でゾレアは何剤目ですか。*

1つだけマークしてください。

- ゾレアがはじめて
- 2剤目
- 3剤目
- 4剤目

5. ゾレアを開始してからどのくらいでこの質問に答えていますか。 *

使用中の方は期間を選択、使用が終了している方は1年以内に使用が終了した場合でも「すでに治療は終了している」を選択してください。

1つだけマークしてください。

- 1～2か月以内
- 3～6か月
- 7～11か月
- 1年以上
- すでに治療は終了している

6. ゾレアを開始してからどのくらいの期間で以下の内容が改善しましたか。 *

1行につき1つだけマークしてください。

	もとも とない	3か月 以内	4～6か 月以内	7か月～1 年以内	1年以 上	以前と 変わら ない
発作の回数	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
発作で夜に目が覚める	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
運動で発作が起きる	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
発作で学校生活や仕事 が制限される	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
発作で趣味や私生活が 制限される	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
発作が不安、心配	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

7. ゾリアについての感想で、あなた自身が感じたことをお聞かせください（その *
1）。

1行につき1つだけマークしてください。

	まったく思 わない	やや思わ ない	ややそう 思う	とてもそう 思う
通院回数が増えた	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
他の薬の使用が指示された回数より減らせる	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
イライラすることが増えた	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
趣味やレジャーが楽しめないことが増えた	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
発作の不安が減った	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
医療費が高い	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
発作や予定外受診が減った	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
治療は期待どおりだった	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
物事を楽しみに待つことが増えた	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

8. ゾレアについての感想で、あなた自身が感じたことをお聞かせください（その *
2）。

1行につき1つだけマークしてください。

	まったく思 わない	やや思わ ない	ややそう 思う	とてもそう 思う
家族にぜんそくの心配や迷惑をかけることが減った	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
気分が晴れることが増えた	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
注射が痛い	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
学校や仕事を休むことが増えた	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
これからの生活に希望を持てる	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
副作用が心配	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
他人に自分が喘息であることを言 いやすくなった	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
孤独を感じるが増えた	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
天候や気圧を気にすることが減っ た	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

9. ゾレアについて、総合的な満足度はいかがでしょうか。 *

1行につき1つだけマークしてください。

	とても不満	やや不満	やや満足	とても満足
満足度	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

10. ゾレアをほかの人にすすめたいと思いますか。 *

1行につき1つだけマークしてください。

	まったく思わ ない	やや思わ ない	やや思 う	とても思 う
他人にすすめたいか	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

11. ゾレア以外にも生物学的製剤を使ったことがありますか。 *

1つだけマークしてください。

- はい 質問 3 にスキップします
- いいえ 質問 36 にスキップします
- 使用したことのある製剤はすべて回答した 質問 36 にスキップします

ヌーカラについて

表示外に選択肢がある可能性があるためご注意ください。

12. これまで使用した生物学的製剤でヌーカラは何剤目ですか。 *

1つだけマークしてください。

- ヌーカラがはじめて
- 2剤目
- 3剤目
- 4剤目

13. ヌーカラを開始してからどのくらいでこの質問に答えていますか。 *

使用中の方は期間を選択、使用が終了している方は1年以内に使用が終了した場合でも「すでに治療は終了している」を選択してください。

1つだけマークしてください。

- 1~2か月以内
- 3~6か月
- 7~11か月
- 1年以上
- すでに治療は終了している

14. ヌーカラを開始してからどのくらいの期間で以下の内容が改善しましたか。 *

1行につき1つだけマークしてください。

	もとも とない	3か月 以内	4～6か 月以内	7か月～1 年以内	1年以 上	以前と 変わら ない
発作の回数	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
発作で夜に目が覚める	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
運動で発作が起きる	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
発作で学校生活や仕事 が制限される	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
発作で趣味や私生活が 制限される	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
発作が不安、心配	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

15. ヌーカラについての感想で、あなた自身が感じたことをお聞かせください *
(その1)。

1行につき1つだけマークしてください。

	まったく思 わない	やや思わ ない	ややそう 思う	とてもそう 思う
通院回数が増えた	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
他の薬の使用が指示された回数 より減らせる	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
イライラすることが増えた	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
趣味やレジャーが楽しめないこ とが増えた	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
発作の不安が減った	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
医療費が高い	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
発作や予定外受診が減った	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
治療は期待どおりだった	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
物事を楽しみに待つことが増え た	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

16. ヌーカラについての感想で、あなた自身が感じたことをお聞かせください *
(その2)。

1行につき1つだけマークしてください。

	まったく思 わない	やや思わ ない	ややそう 思う	とてもそう 思う
家族にぜんそくの心配や迷惑を かけることが減った	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
気分が晴れることが増えた	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
注射が痛い	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
学校や仕事を休むことが増えた	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
これからの生活に希望を持てる	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
副作用が心配	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
他人に自分が喘息であることを 言いやすくなった	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
孤独を感じるが増えた	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
天候や気圧を気にすることが減 った	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

17. ヌーカラについて、総合的な満足度はいかがでしょうか。 *

1行につき1つだけマークしてください。

	とても不満	やや不満	やや満足	とても満足
満足度	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

18. ヌーカラをほかの人にすすめたいと思いますか。 *

1行につき1つだけマークしてください。

	まったく思わ ない	やや思わ ない	やや思 う	とても思 う
他人にすすめたいか	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

19. ヌーカラ以外にも生物学的製剤を使ったことがありますか。 *

1つだけマークしてください。

- はい 質問 3 にスキップします
- いいえ 質問 36 にスキップします
- 使用したことのある製剤はすべて回答した 質問 36 にスキップします

デュピクセントについて

表示外に選択肢がある可能性があるためご注意ください。

20. これまで使用した生物学的製剤でデュピクセントは何剤目ですか。 *

1つだけマークしてください。

- デュピクセントがはじめて
- 2剤目
- 3剤目
- 4剤目

21. デュピクセントを開始してからどのくらいでこの質問に答えていますか。 *

使用中の方は期間を選択、使用が終了している方は1年以内に使用が終了した場合でも「すでに治療は終了している」を選択してください。

1つだけマークしてください。

- 1~2か月以内
- 3~6か月
- 7~11か月
- 1年以上
- すでに治療は終了している

22. デュピクセントを開始してからどのくらいの期間で以下の内容が改善しましたか。 *

1行につき1つだけマークしてください。

	もとも とない	3か月 以内	4～6か 月以内	7か月～1 年以内	1年以 上	以前と 変わら ない
発作の回数	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
発作で夜に目が覚める	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
運動で発作が起きる	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
発作で学校生活や仕事 が制限される	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
発作で趣味や私生活が 制限される	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
発作が不安、心配	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

23. デュピクセントについての感想で、あなた自身が感じたことをお聞かせください（その1）。 *

1行につき1つだけマークしてください。

	まったく思 わない	やや思わ ない	ややそう 思う	とてもそう 思う
通院回数が増えた	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
他の薬の使用が指示された回数 より減らせる	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
イライラすることが増えた	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
趣味やレジャーが楽しめないこ とが増えた	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
発作の不安が減った	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
医療費が高い	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
発作や予定外受診が減った	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
治療は期待どおりだった	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
物事を楽しみに待つことが増え た	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

24. デュピクセントについての感想で、あなた自身が感じたことをお聞かせください（その2）。 *

1行につき1つだけマークしてください。

	まったく思 わない	やや思わ ない	ややそう 思う	とてもそう 思う
家族にぜんそくの心配や迷惑を かけることが減った	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
気分が晴れることが増えた	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
注射が痛い	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
学校や仕事を休むことが増えた	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
これからの生活に希望を持てる	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
副作用が心配	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
他人に自分が喘息であることを 言いやすくなった	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
孤独を感じるが増えた	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
天候や気圧を気にすることが減 った	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

25. デュピクセントについて、総合的な満足度はいかがでしょうか。 *

1行につき1つだけマークしてください。

	とても不満	やや不満	やや満足	とても満足
満足度	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

26. デュピクセントをほかの人にすすめたいと思いますか。 *

1行につき1つだけマークしてください。

	まったく思わ ない	やや思わ ない	やや思 う	とても思 う
他人にすすめたいか	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

27. デュピクセント以外にも生物学的製剤を使ったことがありますか。 *

1つだけマークしてください。

- はい 質問 3 にスキップします
- いいえ 質問 36 にスキップします
- 使用したことのある製剤はすべて回答した 質問 36 にスキップします

ファセンラについて

表示外に選択肢がある可能性があるためご注意ください。

28. これまで使用した生物学的製剤でファセンラは何剤目ですか。 *

1つだけマークしてください。

- ファセンラがはじめて
- 2剤目
- 3剤目
- 4剤目

29. ファセンラを開始してからどのくらいでこの質問に答えていますか。 *

使用中の方は期間を選択、使用が終了している方は1年以内に使用が終了した場合でも「すでに治療は終了している」を選択してください。

1つだけマークしてください。

- 1~2か月以内
- 3~6か月
- 7~11か月
- 1年以上
- すでに治療は終了している

30. ファセンラを開始してからどのくらいの期間で以下の内容が改善しましたか。 *

1行につき1つだけマークしてください。

	3か月以内	4～6か月以内	7か月～1年以内	1年以上	以前と変わらない
発作の回数	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
発作で夜に目が覚める	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
運動で発作が起きる	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
発作で学校生活や仕事制限される	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
発作で趣味や私生活が制限される	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
発作が不安、心配	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

31. ファセンラについての感想で、あなた自身が感じたことをお聞かせください *
(その1)。

1行につき1つだけマークしてください。

	まったく思 わない	やや思わ ない	ややそう 思う	とてもそう 思う
通院回数が増えた	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
他の薬の使用が指示された回数 より減らせる	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
イライラすることが増えた	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
趣味やレジャーが楽しめないこ とが増えた	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
発作の不安が減った	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
医療費が高い	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
発作や予定外受診が減った	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
治療は期待どおりだった	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
物事を楽しみに待つことが増え た	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

32. ファセンラについての感想で、あなた自身が感じたことをお聞かせください *
(その2)。

1行につき1つだけマークしてください。

	まったく思 わない	やや思わ ない	ややそう 思う	とてもそう 思う
家族にぜんそくの心配や迷惑を かけることが減った	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
気分が晴れることが増えた	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
注射が痛い	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
学校や仕事を休むことが増えた	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
これからの生活に希望を持てる	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
副作用が心配	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
他人に自分が喘息であることを 言いやすくなった	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
孤独を感じるが増えた	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
天候や気圧を気にすることが減 った	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

33. ファセンラについて、総合的な満足度はいかがでしょうか。 *

1行につき1つだけマークしてください。

	とても不満	やや不満	やや満足	とても満足
満足度	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

34. ファセンラをほかの人にすすめたいと思いますか。 *

1行につき1つだけマークしてください。

	まったく思わ ない	やや思わ ない	やや思 う	とても思 う
他人にすすめたいか	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

35. ファセンラ以外にも生物学的製剤を使ったことがありますか。 *

1つだけマークしてください。

- はい 質問 3 にスキップします
- いいえ 質問 36 にスキップします
- 使用したことのある製剤はすべて回答した 質問 36 にスキップします

使用中の製剤と今後について

すでに生物学的製剤の治療が終了している場合はどちらも「現在は使用していない」を選択してください。

36. 現在使用している生物学的製剤を選んでください。 *

1つだけマークしてください。

- ゾレア
- ヌーカラ
- デュピクセント
- ファセンラ
- 現在は使用していない

37. 今使用中の生物学的製剤をこれからも続けたいと思いますか。 *

1つだけマークしてください。

- まったく思わない
- やや思わない
- やや思う
- とてもそう思う
- 現在は使用していない

38. 1.まったく思わない、2.やや思わないと回答された理由について、教えてください
(自由回答)

このコンテンツは Google が作成または承認したものではありません。

Google フォーム