

## 基本情報

研究に参加された患者さん自身について、以下の質問にお答えください。成人の方は、可能な範囲でご回答ください。

\*必須

1. 本研究について説明書を読み理解した上で、対象者さんの情報について回答することを\* 了承していただけますか？一つだけ回答してください。

了承いただけましたら以降の内容について回答してください。研究本部にて了承・回答を確認後に謝金をお渡しします。（謝金には数ヶ月かかる可能性があります）

1つだけマークしてください。

- 了承する 質問 2 にスキップします
- 了承しない セクション 2 (アンケート終了) にスキップ

アンケート終了

以上でアンケートは終了です。ありがとうございました。

質問

以下の質問にお答えください。

2. 研究対象者番号を入力してください。\*

---

3. 生年月日を入力してください。\*

例: 2019年1月7日

4. 性別を選んでください。\*

1つだけマークしてください。

- 男性
- 女性

5. 現在いっしょにお住まいの世帯人数をお答えください（ご本人を含む）。\*

1つだけマークしてください。

- 1人  
 2人  
 3人  
 4人  
 5人  
 6人  
 7人  
 8人  
 9人  
 10人以上

6. 年上のきょうだいがいますか。\*

同居しているかどうかは問いません。

1つだけマークしてください。

- いる  
 いない

7. 現在いっしょに住んでいる方をすべて選んでください。\*

選択肢はご本人からみた場合の続柄です。

当てはまるものをすべて選択してください。

- 父  
 母  
 夫  
 妻  
 きょうだい  
 祖父  
 祖母  
 お子さん  
 ご本人のみ  
 その他: \_\_\_\_\_

## 8. ご本人の現在の職業を選んでください。\*

学生でもアルバイトなどをしている場合は「学生」「パート、アルバイト」をどちらも選んでください。

当てはまるものをすべて選択してください。

- 会社員（正社員）
- 会社員（契約社員）
- 公務員
- 自営業（自由業）
- 会社経営者
- パート、アルバイト
- 専業主婦（主夫）
- 無職
- 学生
- 未就学児
- その他: \_\_\_\_\_

## 9. いっしょにお住まいの方（ご本人以外）で、現在働いている人の職業をすべて選んでください。\*

当てはまるものをすべて選択してください。

- 会社員（正社員）
- 会社員（契約社員）
- 公務員
- 自営業（自由業）
- 会社経営者
- パート、アルバイト
- 専業主婦（主夫）
- なし
- その他: \_\_\_\_\_

## 10. 昨年のご家庭全体の年収でおおむね当てはまるものを選んでください。\*

1つだけマークしてください。

- 125万円未満
- 125-250万円
- 250-500万円
- 500-1000万円
- 1000万円以上
- 答えたくない

11. 現在、ご家庭でたばこを吸う人がいますか。\*

1つだけマークしてください。

- いる  
 いない

12. 現在、ご家庭にペットがいる場合は当てはまるものをすべて選んでください。\*

当てはまるものがない場合は「その他」に記載してください。

当てはまるものをすべて選択してください。

- ペットはいない  
 イヌ（室内）  
 イヌ（屋外のみ）  
 ネコ（室内）  
 ネコ（屋外のみ）  
 鳥（室内）  
 その他の毛が生えている動物（室内）  
 その他: \_\_\_\_\_

13. 患者さんご本人のご家族で当てはまるアレルギー疾患（可能性がある、疑いの場合も含めて）をすべて選んでください。

「兄弟・姉妹」の項目は複数人いてもまとめて答えてもらって大丈夫です。例：姉がぜんそく、弟が花粉症→どちらも同じ欄にマーク。また、ご家族は同居しているかどうかは問いません。

当てはまるものをすべて選択してください。

	父	母	兄弟・姉妹	その他（お子さんを含む）
ぜんそく	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
アトピー性皮膚炎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
花粉症	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
アレルギー性鼻炎（花粉症以外）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
食物アレルギー	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
なし	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14. 患者さんご本人の生まれかたをお答えください。 \*

1つだけマークしてください。

通常分娩（経膣分娩）

帝王切開

不明

15. 患者さんご本人の出生週数をお答えください。 \*

1つだけマークしてください。

28週未満

28～31週

32～36週

37週以上

不明

16. 患者さんご本人の出生体重（g）をお答えください。 \*

1つだけマークしてください。

1000g未満

1000～1499g

1500～2499g

2500g以上

不明

17. 妊娠中と乳児期（1歳まで）について、あてはまるものを選んでください。\*
- 人工呼吸器とは、気管挿管、持続陽圧換気（鼻マスク）、ネーザルハイフローのことです。

1行につき1つだけマークしてください。

	あり	なし	不明
妊娠中の母の喫煙	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
出生時の人工呼吸器の使用	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
出生時の人工呼吸器使用以外の異常	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1歳0か月までのぜいぜい	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1歳0か月までの気管支炎、肺炎（医師の診断による）	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1歳0か月までの抗菌薬使用	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1歳0か月までの湿疹	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2歳0か月までの集団保育の利用	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

18. 人工呼吸器を使用したことがある場合、何日間使用しましたか。\*

1つだけマークしてください。

- 数日間
- 1週間程度
- 数週間程度
- 1か月程度
- 数か月
- 使用したが期間は不明
- 使用していない

19. 乳児期の栄養についてお答えください。\*

1つだけマークしてください。

- 母乳のみ
- ミルクのみ
- 母乳とミルクの混合栄養
- 不明

20. 乳児期（1歳0か月まで）に湿疹があった場合、何か月からありましたか。\*

1つだけマークしてください。

- 湿疹はなかった
- 生後1か月未満から
- 1～2か月から
- 3～4か月から
- 5～6か月から
- 7～8か月から
- 9～10か月から
- 11か月以降
- 不明

21. 現在、運動の習慣がありますか。\*

1つだけマークしてください。

- ある
- ない

22. 患者さんご本人のアレルギー疾患で当てはまるものをすべて選んでください。\*

現在のみでなく、過去にかかっていたのも含めてご回答ください。

当てはまるものをすべて選択してください。

- アトピー性皮膚炎
- 花粉症（スギ、カモガヤなど）
- アレルギー性鼻炎（花粉症以外、ダニ、動物など）
- 食物アレルギー
- ぜんそく以外はない

23. 上記アレルギー疾患以外の持病があればお答えください。

---

24. ぜんそくと診断された（わかる方は発症した）年齢を選んでください。\*

1つだけマークしてください。

- 0歳
- 1-3歳
- 4-6歳
- 7-9歳
- 10~15歳
- 16~19歳
- 20歳代
- 30歳代
- 不明

25. これまでに喘息で1ヶ月以上の長期間入院をしたことがありますか。\*

1つだけマークしてください。

- ある
- ない
- 不明

26. ぜんそくを発症してから、現在までのぜんそく発作についてお答えください。\*

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。

この場合のステロイド使用とは、飲み薬か点滴での使用に限り、吸入は含みません。

内服のステロイドはプレドニゾロン（プレドハン、プレハン）、メチルプレドニゾロン（メドロール）、デキサメサゾン（デカドロン）、ベタメサゾン（リンデロン、ハイコート）、セレスタミン（エンベラシン、サクコルチン、セレスターナ、ヒスタブロック、ブラデスミン、ベタセレミン）などを含みます。

1行につき1つだけマークしてください。

	1~3回	4~6回	7~9回	10回以上	なし
発作での緊急受診	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
発作での入院	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
発作のためのステロイド使用	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



27. ぜんそく発作を起こしやすくする原因で思い当たるものをすべて選んでください。\*

当てはまるものをすべて選択してください。

- なし
- タバコや煙
- ホコリ
- 冷たい空気
- 花粉
- 天気や台風
- 運動
- ストレス
- その他: \_\_\_\_\_

28. 生物学的製剤（ゾレア、ヌーカラ、デュピクセント、ファセンラ）の開始前にステロイドを含む吸入薬を忘れずにどのくらいしていましたか。\*

ステロイドを含む吸入薬とは、パルミコート（ブデソニド）、オルベスコ、キュバール、フルタイド、アドエア、フルティフォーム、アズマネックス、アニューイティ、シムビコート（ブデホル）、レルベア、テリルジー、エナジア、アテキュラ、ビレーズトリのいずれかです。

1つだけマークしてください。

- ほぼ忘れない
- 7～8割くらい
- 半分くらい
- 3割くらい
- 症状のあるときのみ
- 処方なし

29. 生物学的製剤（ゾレア、ヌーカラ、デュピクセント、ファセンラ）の開始前にぜんそく治療の内服薬を忘れずにどのくらい飲んでいましたか。\*

ぜんそく治療の内服薬とは、シングレア、キプレス、モンテルカスト、オノン、ブランルカスト、テオフィリン、テオドール、テオロング、ユニフィル、チルミンのいずれかです。

1つだけマークしてください。

- ほぼ忘れない
- 7～8割くらい
- 半分くらい
- 3割くらい
- 症状のあるときのみ
- 処方なし

30. ぜんそくとはどのような病気か、また、その治療薬はどのような効果があるかについて、どのくらい知っていますか。 \*

1行につき1つだけマークしてください。

	ほぼ知らない	あまり知らない	少し知っている	よく知っている
ぜんそく	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
吸入ステロイド薬	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
気管支拡張薬（発作時の吸入）	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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