

# 特発性間質性肺炎用問診票

2008年1月更新

\*一般用問診票と合わせてご提出ください

日本からのファックス番号：001-010-65-6738-6976（24時間対応）

お名前：フリガナ	記入日：西暦 20 年 月 日
生年月日：西暦 年 月 日（満 歳）	（男性・女性）
特発性間質性肺炎と診断されたのはいつですか？ 西暦 年 月 日	（ ）
家族歴はありますか？	ある・ない がある場合の続柄（ ）
受けた検査について	肺生検査・VTLB・CT・HRCT・肺胞洗浄・血液検査（KL-6・CRP・SP-D・SP-A）
どの分類の特発性間質性肺炎と診断されていますか？	（IPF）特発性肺線維症・（NSIP）非特異型間質性肺炎・（COP）特発性器質化肺炎・（AIP）急性間質性肺炎・（DIP）剥離性間質性肺炎・（LIP）リンパ球性間質性肺炎・（RBILD）呼吸細気管支炎関連間質性肺炎・その他（ ）
主治医から肺の線維化は何%くらいと聞いておられますか？	%くらい・線維化はない・聞いていない
過去、入院ステロイドパルス治療を受けたことはありますか？	はい・いいえ
はいの場合、いつですか？	西暦 年 月 日
AIPまたはIPFの急性増悪による治療ですか？	はい・いいえ
咳について	タイプ：空咳・咳き込む（ひんぱん、時々）・痰がからむ咳 時間帯：起床時・日中・夕方・寝る前・睡眠中・夜明け時
痰の状態について	形状：硬め・粘り状・水様状・泡状・ゼリー状の塊が混じる・泡が多く混じる・生の卵白状・ゆで卵白状の塊が混じる・その他（ ） 色：透明・淡い黄色・濃い黄色・緑色帯び・血色帯び・鉄さび色帯び・その他（ ） 量：よく出る（咳と共に或いは咳がなくても）・少ない・出ない
酸素吸入治療をされていますか？	はい・いいえ
*はいの場合、使用はいつからですか？	西暦 年 月 日
24時間使用ですか？	はい・いいえ
現在の酸素の使用量：	リットル/分
日中の使用量：	リットル/分
睡眠中の使用量：	リットル/分
酸素吸入していない時、どのくらいの活動で息苦しくなりますか？	階段や坂道を上る時・歩行時（メートルくらいで息切れをする）・普段の室内生活時・トイレ時・入浴時・安静時・外出が難しい・座って過ごすことが多い・横になっていることが多い・酸素吸入しないと息ができない・その他（ ）
現在、喫煙していますか？	はい・いいえ（本/日） 喫煙歴（年）
過去、喫煙していましたか？	はい・いいえ（本/日） 過去の喫煙歴（年）

