

University of Michigan Hospitals and Health Centers (UMHHC) & University Health Service (UHS) <b>Asthma Action Plan - For Patients 0 to 4 Years Old (Japanese)</b> <b>喘息管理計画書ー0歳～4歳の患者用</b>	NAME: MRN: BIRTHDATE: AGE:
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------

日付 : DATE: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ (月/日/西暦) (mm/dd/yyyy)

<b>グリーンゾーン (安全)</b> <b>GREEN ZONE (Doing Well)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>呼吸の状態が良い (咳、喘鳴、胸部圧迫感がない、または日中および夜間の息切れがない) および、 Breathing is good (no cough, wheeze, chest tightness, or shortness of breath during the day or night) <b>and</b>,</li> <li>日常活動ができる (遊びと運動) Able to do usual activities (play and exercise)</li> </ul>	<b>長期管理薬 (コントローラー) : 毎日与えてください</b> <b>Controller Medications: Give every day</b>						
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%; text-align: left;"><u>Medication Name</u></th> <th style="width: 50%; text-align: left;"><u>Medication Directions</u></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="height: 40px;"> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td style="height: 40px;"> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	<u>Medication Name</u>	<u>Medication Directions</u>				
<u>Medication Name</u>	<u>Medication Directions</u>						

<b>イエローゾーン (注意)</b> <b>YELLOW ZONE (Caution)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>呼吸に問題あり (咳、喘鳴、胸部の圧迫感、息切れ、または喘息症状のため睡眠中に目覚めてしまう) または、 Breathing problems (cough, wheeze, chest tightness, shortness of breath, or waking up from sleep) <b>or</b>,</li> <li>ある程度は出来るが、すべての日常活動は出来ない状態 Can do some, but not all usual activities</li> </ul>	<b>発作治療薬</b> <b>Rescue Medications</b> <b>処方されている長期管理薬 (コントローラー) に加えて :</b> <b>Continue giving the controller medications as prescribed and add:</b> <b>Give: 次のものを与えてください :</b>  必要に応じて20分後に繰り返してください。 repeat after 20 minutes, if needed.
	<p>そして : <b>薬が効くかどうか20分間待つてください。</b>  <b>Then: Wait 20 minutes and see if the medication(s) helped.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>症状が悪化するか、または治療後症状が良くならない場合は、下記のレッドゾーンへ。 If your child is GETTING WORSE or is NOT IMPROVING after the treatment(s), go to the <b>Red Zone</b> below.</li> <li>お子さんの症状が良くなった場合は、必要に応じて4~6時間おきの治療を24~48時間続けてください。 If your child is BETTER, continue treatments every 4 to 6 hours as needed for 24 to 48 hours.</li> </ul> <p>そして : 24時間以降もお子さんの症状が続く場合は、かかりつけの医師までご連絡ください。  <b>Then: If your child still has symptoms after 24 hours, CALL YOUR CHILD'S DOCTOR at _____.</b></p> <p style="text-align: center;">1週間のうちに2回以上発作治療薬が必要な場合は、かかりつけの医師までご連絡ください。  <i>If rescue medication is needed more than 2 times a week, call your child's doctor.</i></p>

University of Michigan Hospitals and Health Centers (UMHHC)  
& University Health Service (UHS)  
**Asthma Action Plan - For Patients 0 to 4 Years Old (Japanese)**  
**喘息管理計画書ー0歳～4歳の患者用**

NAME:  
MRN:  
BIRTHDATE:  
AGE:

**緊急処置：**

**Emergency Treatment:**

これらの薬を与え、直ちに医師の診察を受けてください。  
**Give these medications and seek medical help NOW.**

**Give:** 次のものを与えてください：

- そして：**
- **薬が効くかどうか15分間待ってください。**  
Wait **15 minutes** and see if the medication(s) helped.
  - **お子さんの症状が悪化するか、または良くなる場合は、病院へ行くか911へ電話してください。**  
If your child is **GETTING WORSE** or is **NOT IMPROVING**, go to the hospital or call 9-1-1.
  - **お子さんの症状が良くなった場合は、4～6時間おきに治療を続け、かかりつけの医師に連絡してください - その際、お子さんに喘息発作が起きていて本日中に受診する必要があることをお伝えください。**  
If your child is **BETTER**, continue treatments every 4 to 6 hours and call your child's doctor - **say your child is having an asthma attack and needs to be seen TODAY.**

**レッドゾーン (警戒)**  
**RED ZONE (Medical Alert)**

- 呼吸があらく、速い (鼻の穴が開き、肋骨が見える) または、  
Breathing is hard and fast (nose opens wide, ribs show) **or**,
- 発作治療薬が効かない または、  
Rescue medications have not helped **or**,
- 日常活動が出来ない (会話しづらい、歩行困難を含む)  
Cannot do usual activities (including trouble talking or walking)

**経過観察 (入院患者のみ)：** 退院後、以下の経過観察を行ってください。2～3日以内に \_\_\_\_\_ で \_\_\_\_\_ 医師の検診を受けてください。

**Follow up (for inpatient only):** If you are being discharged from the hospital, please follow up with Dr. [name] within 2-3 days at [location].

**発作のきっかけとなる以下のことは常に避けてください： Always avoid the following triggers:**

この計画書は、患者/看護者の協力のもと (医師名): \_\_\_\_\_

Plan Developed in Partnership with Patient/Caregiver by (printed name):

医師 #: \_\_\_\_\_ によって作成されました。

Provider #:

署名 : \_\_\_\_\_ 日付 : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (月/日/西暦) 時間 : \_\_\_\_\_ 午前/午後  
Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_ (mm/dd/yyyy) Time: \_\_\_\_\_ A.M./P.M.