

Asthma Action Plan - For Patients 12 Years or Older (Japanese)

喘息管理計画書ー12歳以上の患者用

NAME:
MRN:
BIRTHDATE:
AGE:

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

長期管理薬 (コントローラー) : 毎日与えてください
Controller Medications: Give every day

Medication Name

Medication Directions

- グリーンゾーン (安全)**
GREEN ZONE (Doing Well)
- 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) **and**,
 - 日常活動ができる (仕事、遊び、運動) および、
Able to do usual activities (work, play and exercise) **and**,
 - ピークフロー値が自己最高記録の80%から100%の間である:
Peak flow is between 80% and 100% of personal best:
_____ - _____

- 運動時にはいつも喘息症状を起こす場合は、次のものを使用/服用してください:
If you usually have symptoms with exercise, then take:

イエローゾーン (注意)
YELLOW ZONE (Caution)

- 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) **or**,
- 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 **or**,
- ピークフロー値が自己最高記録の60%から80%の間である:
Peak flow is between 60% and 80% of personal best:
_____ - _____

発作治療薬 Rescue Medications

処方されている長期管理薬 (コントローラー) に加えて:
Continue taking the controller medications as prescribed and add:

Take: 使用/服用してください:

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.

- そして:
- 薬が効くかどうか**20分間**待ってください。
Wait **20 minutes** and see if the medication(s) helped.
 - 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 you are GETTING WORSE or are NOT IMPROVING after the treatment(s), go to the **Red Zone** below.
 - 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 you are BETTER, continue treatments every 4 to 6 hours as needed for 24 to 48 hours.

そして: 症状が24時間以降も続く場合は、かかりつけの医師にご連絡ください。 If you
Then: still have symptoms after 24 hours, **CALL YOUR DOCTOR** at _____.

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。

If rescue medication is needed more than 2 times a week, call your doctor.

NAME:

MRN:

BIRTHDATE:

AGE:

Asthma Action Plan - For Patients 12 Years or Older (Japanese)

喘息管理計画書—12歳以上の患者用

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) **or**,
- ピークフロー値が自己最高記録の60%以下: Peak flow is less than 60% of personal best:

緊急処置: Emergency Treatment:

これらの薬剤を使用/服用し、直ちに医師の診察を受けてください。

Take these medications and seek medical help NOW.

Take: 使用/服用してください:

そして: **薬が効くかどうか15分間待つてください。**

Then: Wait **15 minutes** and see if the medication(s) helped.

- 症状が悪化するか、または良くならない場合は、病院へ行くか911へ電話してください。

If you are **GETTING WORSE** or are **NOT IMPROVING**, go to the hospital or call 9-1-1.

- 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、喘息発作が起き本日中に受診する必要があることをお伝えください。

If you are **BETTER**, continue treatments every 4 to 6 hours and call your doctor - **say you are having an asthma attack and need to be seen TODAY.**

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.