

HAE

(遺伝性血管性浮腫)
の患者さん向け



私のHAEダイアリー

～症状・日常生活の記録～

〈 監 修 〉

広島市立広島市民病院 病院長
秀 道広 先生

開始年月

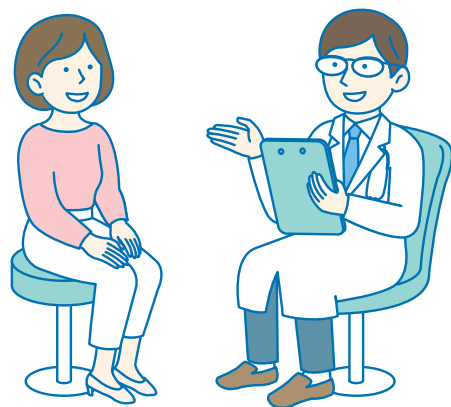
年

月



目次

監修医のことば	3
HAEダイアリーの使い方	4
記入例	6
発作の記録	8
ダイアリー記入欄	24



監修医のことば

広島市立広島市民病院 病院長

秀 道広 先生



かつて、HAE（遺伝性血管性浮腫）の主な治療法は発作（腫れ）が起きてから対症療法的にお薬を投与することに限られていました。しかし、現在ではHAE発作を短期、長期的に予防する治療法が登場し、治療薬の選択肢が広がってきています。

治療薬は、患者さんの症状や希望に沿って主治医とともに選んでいくことが可能です。ご自身に合った治療薬を選択するうえでも、日々の症状や考えなどを記録し、それらを正しく主治医に伝えることが非常に大切です。

また、AECTと呼ばれる、HAEが日常生活に与える影響が点数でわかるテストが注目されています。AECTのスコアは、患者さんのHAEの症状が、今の治療で上手く管理できているかを知るための指標の一つとなります。1か月毎に継続して実施するようにしましょう。

本冊子などを活用し、あなたの状況や想いを積極的に記録、共有し、医療関係者とともに、あなたのやりたいことやなりたい姿の実現に向けて取り組んでいきましょう。

～HAEダイアリーの使い方～

ダイアリーは**1か月間毎の記録**です。1か月の間に起こった発作や体調の変化、日常生活で起こったできごとなどを忘れずに記録して、次回の受診時にダイアリーをもとに

主治医にご自身のことを伝えましょう。

あなたの状況を記録するために大切な3つのポイント



● 発作状況を知る

起こった発作やその予兆について記録しましょう
あなたの発作の状況や傾向を知ることにつながります

記録したあなたの状況を伝える際のポイント



「いつ」「どんな時に」「どのように」起きたのかなど具体的に記録しておくこと、より正確に主治医へ状況が伝わりやすくなります

発作日時	月	日	時間	月	日	時間	まで
発作の部位	<input type="radio"/> 喉 <input type="radio"/> 呼吸器 <input type="radio"/> 顔 <input type="radio"/> 手足 <input type="radio"/> その他						
発作の症状	<input type="radio"/> 痒み <input type="radio"/> 腫れ <input type="radio"/> 痛み <input type="radio"/> 吐き気						
発作の頻度	<input type="radio"/> 頻りに発生する						

発作日時	月	日	時間	月	日	時間	まで
治療薬の使用	<input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし						
発作の部位	<input type="radio"/> 喉 <input type="radio"/> 呼吸器 <input type="radio"/> 顔 <input type="radio"/> 手足 <input type="radio"/> その他						
発作の症状	<input type="radio"/> 痒み <input type="radio"/> 腫れ <input type="radio"/> 痛み <input type="radio"/> 吐き気						
発作の頻度	<input type="radio"/> 頻りに発生する						

● 治療薬の使用状況を記録する

治療薬を使用した日付を記録しましょう
治療薬の使用頻度や予定通りに使用できているかを確認できます

「予定通り注射 / 服用しています」、「治療薬を使用する頻度を減らしたい」など治療薬の使用状況や治療薬に関する要望・困り事などを伝えましょう

月

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14			
15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31

発作記録 (Angiotensin Converting Enzyme Inhibitor/Angiotensin Receptor Antagonist: AECT)

※注意事項: 発作時には、治療薬を処方された医師や薬剤師に相談してください。治療薬は、医師の指示に従って服用してください。この記録は、医師の診断に役立つ情報として提供されます。医師は、この記録に基づいて治療方針を決定します。医師の指示に従って服用してください。

- 発作日時、発作の部位、発作の症状、発作の頻度を記録してください。
 喉 呼吸器 顔 手足 その他
- 発作日時、発作の部位、発作の症状、発作の頻度を記録してください。
 喉 呼吸器 顔 手足 その他
- 発作日時、発作の部位、発作の症状、発作の頻度を記録してください。
 喉 呼吸器 顔 手足 その他
- 発作日時、発作の部位、発作の症状、発作の頻度を記録してください。
 喉 呼吸器 顔 手足 その他

医師: _____

● 日常生活への影響を振り返る (血管浮腫コントロールテスト: AECT)

受診日の直前に行います。前回の受診から1か月を振り返る4つの質問に回答し合計点を記録しましょう
HAEがあなたの日常生活に与える影響を確認できます

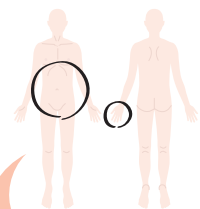
4つの質問項目の各点数とその合計点をもとに、あなたの日常生活や症状の変化について主治医と話ししましょう

発作の記録記入例

発作状況を知る

起こった発作やその予兆について記録する欄です

発作が起きた部位と症状



発作日時 7月 1日 16時頃～ 7月 2日 22時頃まで

症状の重さ 軽い 中等度 重い とても重い

治療薬の使用 あり なし

気になる症状 腹痛で眠れなかった、手も少し腫れた

発作が起きた部位と症状の重さを記録しましょう

発作に対する治療の有無を記録しましょう

発作が起きた日時・期間を忘れないように記録しましょう

発作時や発作前後に気になる症状や体調の変化があれば、忘れずに記載して主治医に報告しましょう

治療薬の使用 あり なし

気になる症状

発作日時 月 日 時頃～ 月 日 時頃まで

症状の重さ 軽い 中等度 重い とても重い

治療薬の使用 あり なし

気になる症状

発作日時 月 日 時頃～ 月 日 時頃まで

症状の重さ 軽い 中等度 重い とても重い

治療薬の使用 あり なし

気になる症状

ダイアリー記入例

※ダイアリー記入欄のAECTにおける血管浮腫とは、血管性浮腫のことを指します。

今月の数字を記入します。この1ページに1か月分の記録ができます

7月

治療薬の使用状況を記録する

治療薬を使用した日付を記録するカレンダーです

使用した薬剤	使用した日																															
XXXXXX	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
〇〇〇〇	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▼	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

治療薬を使用した日付の下に印を付けて、忘れずに記録しましょう

血管浮腫コントロールテスト (Angioedema Control Test: AECT)

日付: (年月日)

回答方法: あなたには、血管浮腫と呼ばれる繰り返し起こるむくみの症状があります。血管浮腫は、皮膚や粘膜の一時的なむくみで、これは体のどの部位でも起こりますが、特に唇、目、舌、手、および足によく

日常生活への影響を振り返る (血管浮腫コントロールテスト: AECT)

4つの質問に回答し合計点を算出することで、今の治療でHAEの症状が上手く抑えられているかどうかの指標となります

※AECT…血管性浮腫患者さんの症状の管理状況を評価し、治療の決定を支援するために開発された、4つの項目から成る質問票です

- 過去4週間、どのくらいの頻度で血管浮腫が起きましたか。
 非常に頻繁に(0点) 頻繁に(1点) ある程度(2点) 少し(3点) まったくなし(4点)
- 過去4週間、血管浮腫はあなたの生活の質にどの程度影響しましたか。
 非常に大きく(0点) 大きく(1点) ある程度(2点) 少し(3点) まったくなし(4点)
- 過去4週間、予想外の血管浮腫にどの程度悩まされましたか。
 非常に大きく(0点) 大きく(1点) ある程度(2点) 少し(3点) まったくなし(4点)

採点方法

各選択肢の横に書かれた点数を足し合わせて合計点を計算します

点数の見方

点数が高い(16点に近い)ほど今の治療でHAEの症状が上手く管理できている状態、低い(0点に近い)ほど症状の管理が上手くいっていない状態を表します
 「10点」未満が治療の見直しの基準になります

合計 7 点

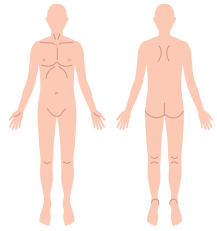
1か月間で気になったことや、主治医に伝えたいことなどを自由に記載しましょう (例)日常生活に関すること、これから達成したいこと、今月達成(挑戦)できたこと

伝えたい事

今月は友人と少し遠いところまで車で出掛けることができました。いつか旅行にも行ってみたいです。

発作の記録

発作の起きた部位と症状

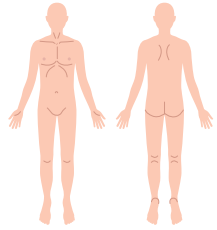


発作日時 月 日 時頃～ 月 日 時頃まで

症状の重さ 軽い 中等度 重い とても重い

治療薬の使用 あり なし

気になる症状 _____

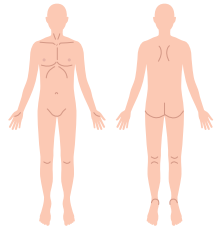


発作日時 月 日 時頃～ 月 日 時頃まで

症状の重さ 軽い 中等度 重い とても重い

治療薬の使用 あり なし

気になる症状 _____

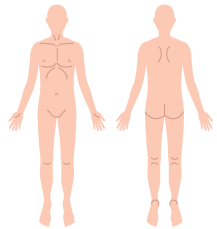


発作日時 月 日 時頃～ 月 日 時頃まで

症状の重さ 軽い 中等度 重い とても重い

治療薬の使用 あり なし

気になる症状 _____

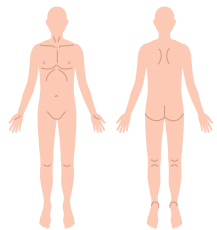


発作日時 月 日 時頃～ 月 日 時頃まで

症状の重さ 軽い 中等度 重い とても重い

治療薬の使用 あり なし

気になる症状 _____



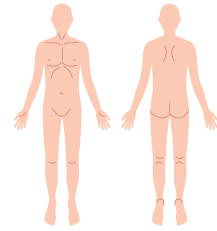
発作日時 月 日 時頃～ 月 日 時頃まで

症状の重さ 軽い 中等度 重い とても重い

治療薬の使用 あり なし

気になる症状 _____

発作の起きた部位と症状

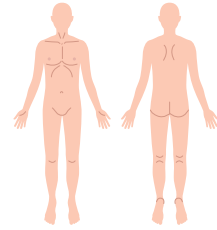


発作日時 月 日 時頃～ 月 日 時頃まで

症状の重さ 軽い 中等度 重い とても重い

治療薬の使用 あり なし

気になる症状 _____

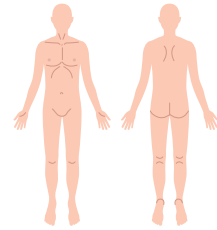


発作日時 月 日 時頃～ 月 日 時頃まで

症状の重さ 軽い 中等度 重い とても重い

治療薬の使用 あり なし

気になる症状 _____

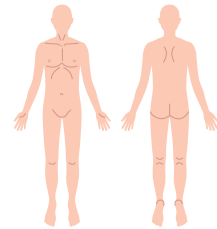


発作日時 月 日 時頃～ 月 日 時頃まで

症状の重さ 軽い 中等度 重い とても重い

治療薬の使用 あり なし

気になる症状 _____

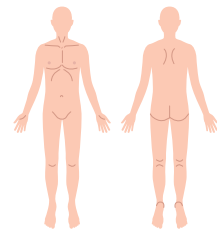


発作日時 月 日 時頃～ 月 日 時頃まで

症状の重さ 軽い 中等度 重い とても重い

治療薬の使用 あり なし

気になる症状 _____



発作日時 月 日 時頃～ 月 日 時頃まで

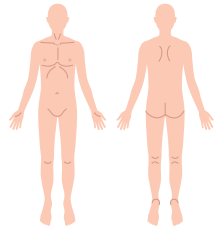
症状の重さ 軽い 中等度 重い とても重い

治療薬の使用 あり なし

気になる症状 _____

発作の記録

発作の起きた部位と症状

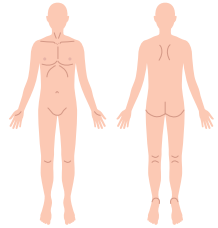


発作日時 月 日 時頃～ 月 日 時頃まで

症状の重さ 軽い 中等度 重い とても重い

治療薬の使用 あり なし

気になる症状 _____

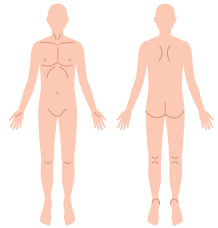


発作日時 月 日 時頃～ 月 日 時頃まで

症状の重さ 軽い 中等度 重い とても重い

治療薬の使用 あり なし

気になる症状 _____

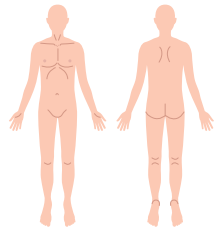


発作日時 月 日 時頃～ 月 日 時頃まで

症状の重さ 軽い 中等度 重い とても重い

治療薬の使用 あり なし

気になる症状 _____

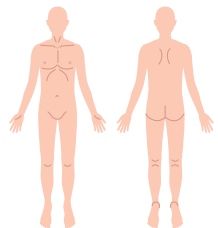


発作日時 月 日 時頃～ 月 日 時頃まで

症状の重さ 軽い 中等度 重い とても重い

治療薬の使用 あり なし

気になる症状 _____



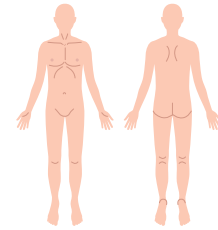
発作日時 月 日 時頃～ 月 日 時頃まで

症状の重さ 軽い 中等度 重い とても重い

治療薬の使用 あり なし

気になる症状 _____

発作の起きた部位と症状

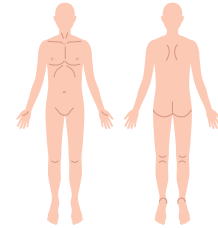


発作日時 月 日 時頃～ 月 日 時頃まで

症状の重さ 軽い 中等度 重い とても重い

治療薬の使用 あり なし

気になる症状 _____

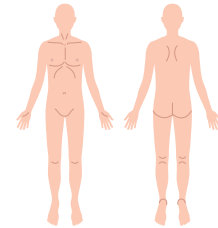


発作日時 月 日 時頃～ 月 日 時頃まで

症状の重さ 軽い 中等度 重い とても重い

治療薬の使用 あり なし

気になる症状 _____

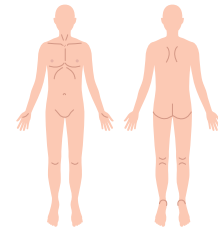


発作日時 月 日 時頃～ 月 日 時頃まで

症状の重さ 軽い 中等度 重い とても重い

治療薬の使用 あり なし

気になる症状 _____

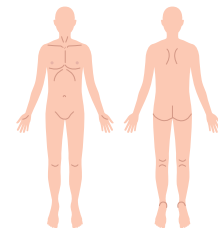


発作日時 月 日 時頃～ 月 日 時頃まで

症状の重さ 軽い 中等度 重い とても重い

治療薬の使用 あり なし

気になる症状 _____



発作日時 月 日 時頃～ 月 日 時頃まで

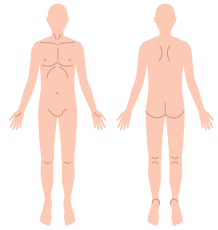
症状の重さ 軽い 中等度 重い とても重い

治療薬の使用 あり なし

気になる症状 _____

発作の記録

発作の起きた部位と症状

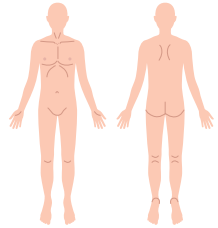


発作日時 月 日 時頃～ 月 日 時頃まで

症状の重さ 軽い 中等度 重い とても重い

治療薬の使用 あり なし

気になる症状 _____

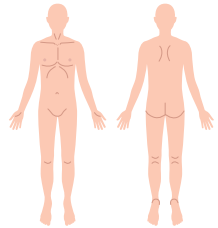


発作日時 月 日 時頃～ 月 日 時頃まで

症状の重さ 軽い 中等度 重い とても重い

治療薬の使用 あり なし

気になる症状 _____

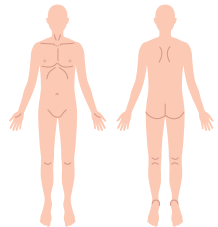


発作日時 月 日 時頃～ 月 日 時頃まで

症状の重さ 軽い 中等度 重い とても重い

治療薬の使用 あり なし

気になる症状 _____

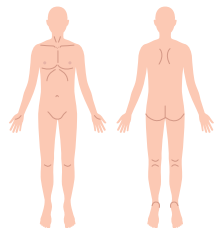


発作日時 月 日 時頃～ 月 日 時頃まで

症状の重さ 軽い 中等度 重い とても重い

治療薬の使用 あり なし

気になる症状 _____



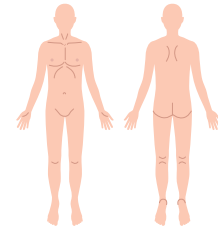
発作日時 月 日 時頃～ 月 日 時頃まで

症状の重さ 軽い 中等度 重い とても重い

治療薬の使用 あり なし

気になる症状 _____

発作の起きた部位と症状

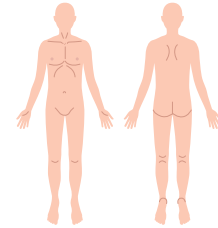


発作日時 月 日 時頃～ 月 日 時頃まで

症状の重さ 軽い 中等度 重い とても重い

治療薬の使用 あり なし

気になる症状 _____

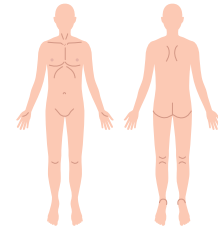


発作日時 月 日 時頃～ 月 日 時頃まで

症状の重さ 軽い 中等度 重い とても重い

治療薬の使用 あり なし

気になる症状 _____

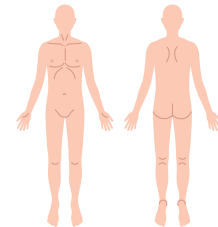


発作日時 月 日 時頃～ 月 日 時頃まで

症状の重さ 軽い 中等度 重い とても重い

治療薬の使用 あり なし

気になる症状 _____

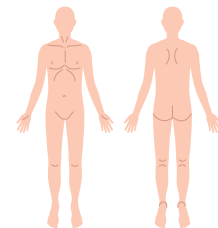


発作日時 月 日 時頃～ 月 日 時頃まで

症状の重さ 軽い 中等度 重い とても重い

治療薬の使用 あり なし

気になる症状 _____



発作日時 月 日 時頃～ 月 日 時頃まで

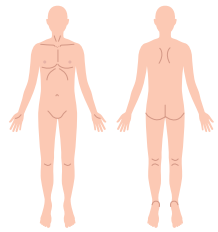
症状の重さ 軽い 中等度 重い とても重い

治療薬の使用 あり なし

気になる症状 _____

発作の記録

発作の起きた部位と症状

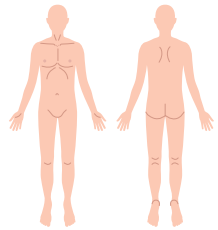


発作日時 月 日 時頃～ 月 日 時頃まで

症状の重さ 軽い 中等度 重い とても重い

治療薬の使用 あり なし

気になる症状 _____

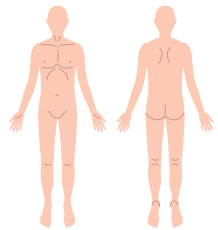


発作日時 月 日 時頃～ 月 日 時頃まで

症状の重さ 軽い 中等度 重い とても重い

治療薬の使用 あり なし

気になる症状 _____

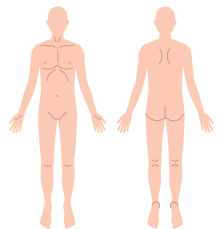


発作日時 月 日 時頃～ 月 日 時頃まで

症状の重さ 軽い 中等度 重い とても重い

治療薬の使用 あり なし

気になる症状 _____

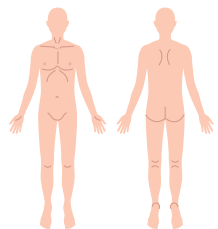


発作日時 月 日 時頃～ 月 日 時頃まで

症状の重さ 軽い 中等度 重い とても重い

治療薬の使用 あり なし

気になる症状 _____



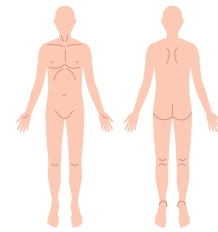
発作日時 月 日 時頃～ 月 日 時頃まで

症状の重さ 軽い 中等度 重い とても重い

治療薬の使用 あり なし

気になる症状 _____

発作の起きた部位と症状

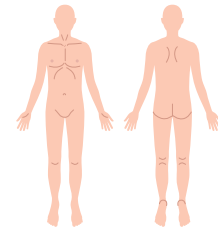


発作日時 月 日 時頃～ 月 日 時頃まで

症状の重さ 軽い 中等度 重い とても重い

治療薬の使用 あり なし

気になる症状 _____

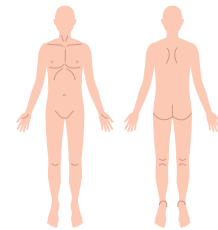


発作日時 月 日 時頃～ 月 日 時頃まで

症状の重さ 軽い 中等度 重い とても重い

治療薬の使用 あり なし

気になる症状 _____

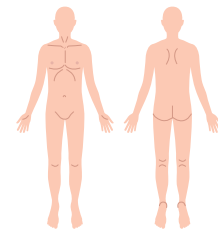


発作日時 月 日 時頃～ 月 日 時頃まで

症状の重さ 軽い 中等度 重い とても重い

治療薬の使用 あり なし

気になる症状 _____

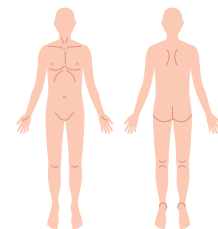


発作日時 月 日 時頃～ 月 日 時頃まで

症状の重さ 軽い 中等度 重い とても重い

治療薬の使用 あり なし

気になる症状 _____



発作日時 月 日 時頃～ 月 日 時頃まで

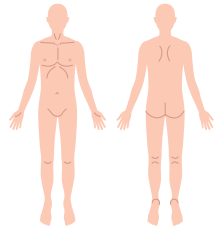
症状の重さ 軽い 中等度 重い とても重い

治療薬の使用 あり なし

気になる症状 _____

発作の記録

発作の起きた部位と症状

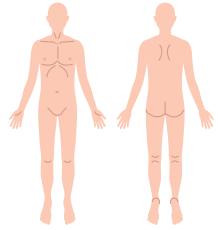


発作日時 月 日 時頃～ 月 日 時頃まで

症状の重さ 軽い 中等度 重い とても重い

治療薬の使用 あり なし

気になる症状 _____

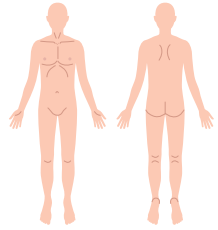


発作日時 月 日 時頃～ 月 日 時頃まで

症状の重さ 軽い 中等度 重い とても重い

治療薬の使用 あり なし

気になる症状 _____

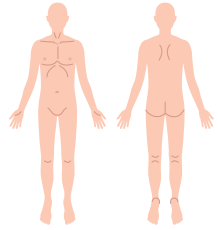


発作日時 月 日 時頃～ 月 日 時頃まで

症状の重さ 軽い 中等度 重い とても重い

治療薬の使用 あり なし

気になる症状 _____

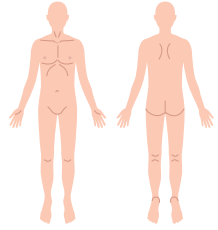


発作日時 月 日 時頃～ 月 日 時頃まで

症状の重さ 軽い 中等度 重い とても重い

治療薬の使用 あり なし

気になる症状 _____



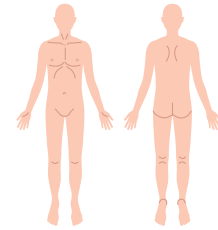
発作日時 月 日 時頃～ 月 日 時頃まで

症状の重さ 軽い 中等度 重い とても重い

治療薬の使用 あり なし

気になる症状 _____

発作の起きた部位と症状

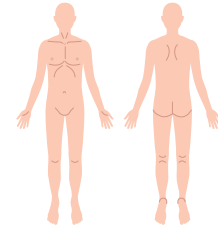


発作日時 月 日 時頃～ 月 日 時頃まで

症状の重さ 軽い 中等度 重い とても重い

治療薬の使用 あり なし

気になる症状 _____

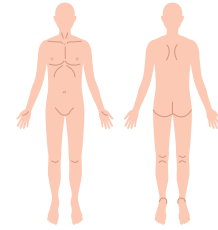


発作日時 月 日 時頃～ 月 日 時頃まで

症状の重さ 軽い 中等度 重い とても重い

治療薬の使用 あり なし

気になる症状 _____

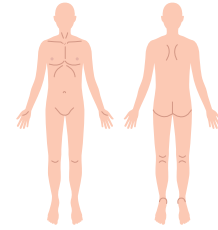


発作日時 月 日 時頃～ 月 日 時頃まで

症状の重さ 軽い 中等度 重い とても重い

治療薬の使用 あり なし

気になる症状 _____

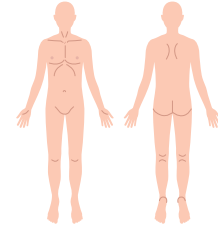


発作日時 月 日 時頃～ 月 日 時頃まで

症状の重さ 軽い 中等度 重い とても重い

治療薬の使用 あり なし

気になる症状 _____



発作日時 月 日 時頃～ 月 日 時頃まで

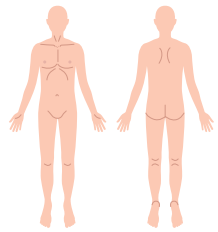
症状の重さ 軽い 中等度 重い とても重い

治療薬の使用 あり なし

気になる症状 _____

発作の記録

発作の起きた部位と症状

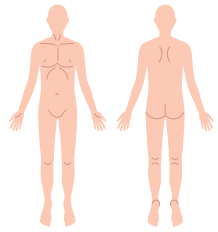


発作日時 月 日 時頃～ 月 日 時頃まで

症状の重さ 軽い 中等度 重い とても重い

治療薬の使用 あり なし

気になる症状 _____

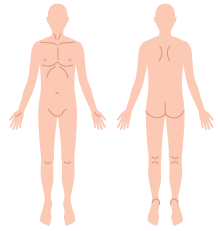


発作日時 月 日 時頃～ 月 日 時頃まで

症状の重さ 軽い 中等度 重い とても重い

治療薬の使用 あり なし

気になる症状 _____

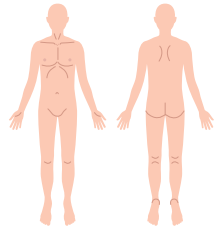


発作日時 月 日 時頃～ 月 日 時頃まで

症状の重さ 軽い 中等度 重い とても重い

治療薬の使用 あり なし

気になる症状 _____

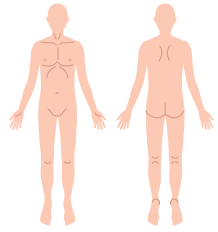


発作日時 月 日 時頃～ 月 日 時頃まで

症状の重さ 軽い 中等度 重い とても重い

治療薬の使用 あり なし

気になる症状 _____



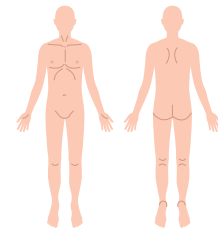
発作日時 月 日 時頃～ 月 日 時頃まで

症状の重さ 軽い 中等度 重い とても重い

治療薬の使用 あり なし

気になる症状 _____

発作の起きた部位と症状

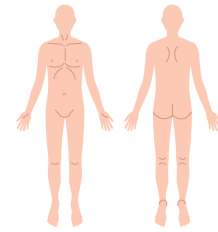


発作日時 月 日 時頃～ 月 日 時頃まで

症状の重さ 軽い 中等度 重い とても重い

治療薬の使用 あり なし

気になる症状 _____

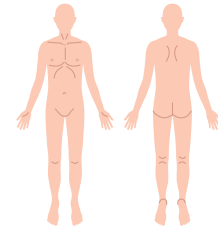


発作日時 月 日 時頃～ 月 日 時頃まで

症状の重さ 軽い 中等度 重い とても重い

治療薬の使用 あり なし

気になる症状 _____

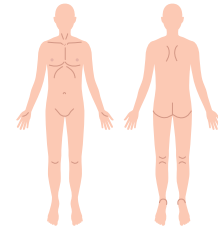


発作日時 月 日 時頃～ 月 日 時頃まで

症状の重さ 軽い 中等度 重い とても重い

治療薬の使用 あり なし

気になる症状 _____

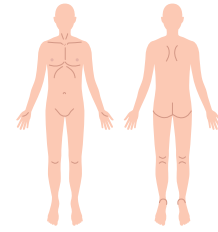


発作日時 月 日 時頃～ 月 日 時頃まで

症状の重さ 軽い 中等度 重い とても重い

治療薬の使用 あり なし

気になる症状 _____



発作日時 月 日 時頃～ 月 日 時頃まで

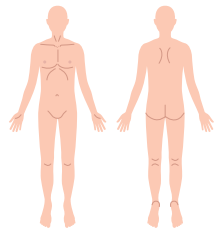
症状の重さ 軽い 中等度 重い とても重い

治療薬の使用 あり なし

気になる症状 _____

発作の記録

発作の起きた部位と症状

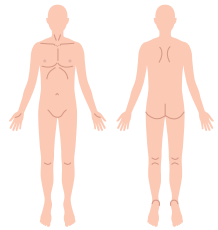


発作日時 月 日 時頃～ 月 日 時頃まで

症状の重さ 軽い 中等度 重い とても重い

治療薬の使用 あり なし

気になる症状 _____

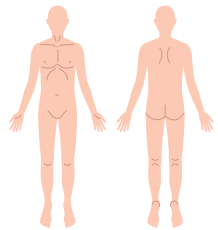


発作日時 月 日 時頃～ 月 日 時頃まで

症状の重さ 軽い 中等度 重い とても重い

治療薬の使用 あり なし

気になる症状 _____

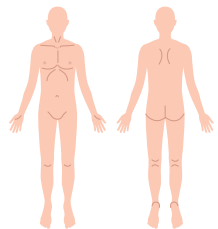


発作日時 月 日 時頃～ 月 日 時頃まで

症状の重さ 軽い 中等度 重い とても重い

治療薬の使用 あり なし

気になる症状 _____

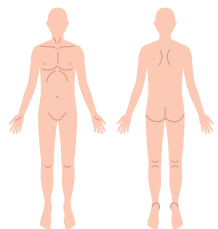


発作日時 月 日 時頃～ 月 日 時頃まで

症状の重さ 軽い 中等度 重い とても重い

治療薬の使用 あり なし

気になる症状 _____



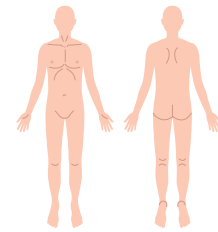
発作日時 月 日 時頃～ 月 日 時頃まで

症状の重さ 軽い 中等度 重い とても重い

治療薬の使用 あり なし

気になる症状 _____

発作の起きた部位と症状

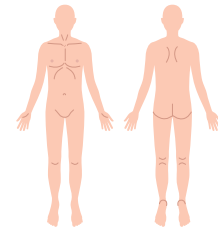


発作日時 月 日 時頃～ 月 日 時頃まで

症状の重さ 軽い 中等度 重い とても重い

治療薬の使用 あり なし

気になる症状 _____

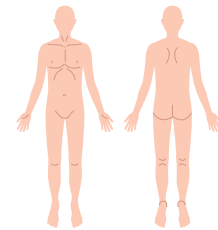


発作日時 月 日 時頃～ 月 日 時頃まで

症状の重さ 軽い 中等度 重い とても重い

治療薬の使用 あり なし

気になる症状 _____

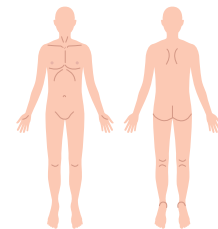


発作日時 月 日 時頃～ 月 日 時頃まで

症状の重さ 軽い 中等度 重い とても重い

治療薬の使用 あり なし

気になる症状 _____

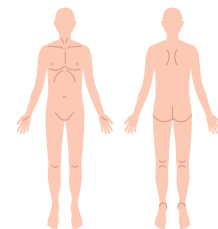


発作日時 月 日 時頃～ 月 日 時頃まで

症状の重さ 軽い 中等度 重い とても重い

治療薬の使用 あり なし

気になる症状 _____



発作日時 月 日 時頃～ 月 日 時頃まで

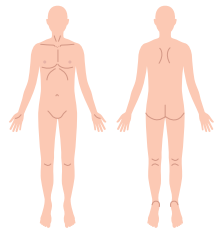
症状の重さ 軽い 中等度 重い とても重い

治療薬の使用 あり なし

気になる症状 _____

発作の記録

発作の起きた部位と症状

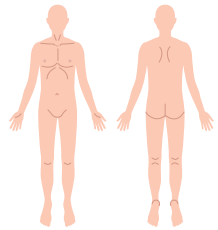


発作日時 月 日 時頃～ 月 日 時頃まで

症状の重さ 軽い 中等度 重い とても重い

治療薬の使用 あり なし

気になる症状 _____

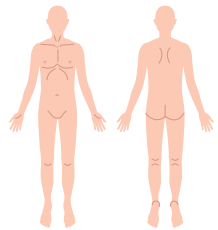


発作日時 月 日 時頃～ 月 日 時頃まで

症状の重さ 軽い 中等度 重い とても重い

治療薬の使用 あり なし

気になる症状 _____

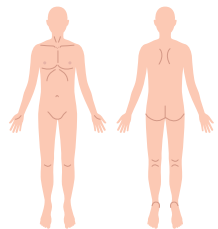


発作日時 月 日 時頃～ 月 日 時頃まで

症状の重さ 軽い 中等度 重い とても重い

治療薬の使用 あり なし

気になる症状 _____

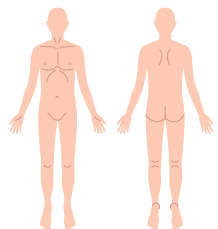


発作日時 月 日 時頃～ 月 日 時頃まで

症状の重さ 軽い 中等度 重い とても重い

治療薬の使用 あり なし

気になる症状 _____



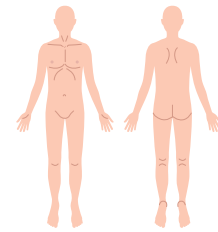
発作日時 月 日 時頃～ 月 日 時頃まで

症状の重さ 軽い 中等度 重い とても重い

治療薬の使用 あり なし

気になる症状 _____

発作の起きた部位と症状

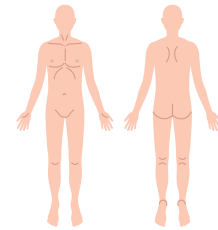


発作日時 月 日 時頃～ 月 日 時頃まで

症状の重さ 軽い 中等度 重い とても重い

治療薬の使用 あり なし

気になる症状 _____

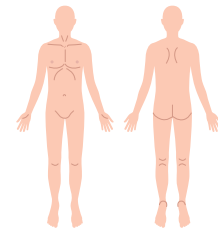


発作日時 月 日 時頃～ 月 日 時頃まで

症状の重さ 軽い 中等度 重い とても重い

治療薬の使用 あり なし

気になる症状 _____

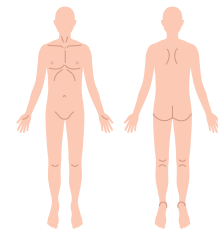


発作日時 月 日 時頃～ 月 日 時頃まで

症状の重さ 軽い 中等度 重い とても重い

治療薬の使用 あり なし

気になる症状 _____

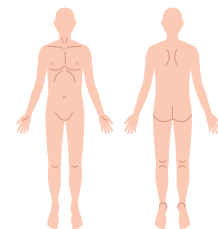


発作日時 月 日 時頃～ 月 日 時頃まで

症状の重さ 軽い 中等度 重い とても重い

治療薬の使用 あり なし

気になる症状 _____



発作日時 月 日 時頃～ 月 日 時頃まで

症状の重さ 軽い 中等度 重い とても重い

治療薬の使用 あり なし

気になる症状 _____

月

使用した薬剤

使用した日にち

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

血管浮腫コントロールテスト (Angioedema Control Test : AECT)

日付：(年月日)

回答方法：あなたには、血管浮腫と呼ばれる繰り返し起こるむくみの症状があります。血管浮腫は、皮膚や粘膜の一時的なむくみで、これは体のどの部位でも起こりますが、特に唇、目、舌、手、および足によく見られ、数時間から数日続くことがあります。一部の患者さんには腹部に血管浮腫が起こり、これは表面からは見えませんが、痛みを伴います。むくみには、じんましんと関連しているものもあります。

次の4つの質問はあなたの現在の健康状態を調べるものです。各質問について**ご自分の状況に一番あてはまるもの**を5つの選択肢から選んでください。**全ての質問**に回答してください。また、**各質問に対して回答は1つだけ**選んでください。

1. 過去4週間、どのくらいの頻度で血管浮腫がありましたか。

- 非常に頻繁に (0点) 頻繁に (1点) 時々 (2点) まれに (3点) まったくなし (4点)

2. 過去4週間、血管浮腫はあなたの生活の質にどの程度影響しましたか。

- 非常に大きく (0点) 大きく (1点) ある程度 (2点) 少し (3点) まったくなし (4点)

3. 過去4週間、予想外の血管浮腫にどの程度悩まされましたか。

- 非常に大きく (0点) 大きく (1点) ある程度 (2点) 少し (3点) まったくなし (4点)

4. 過去4週間、血管浮腫は治療によってどの程度良くコントロールされていますか。

- まったくなし (0点) 少し (1点) ある程度 (2点) 良く (3点) とても良く (4点)

合計 点

参考文献：Weller K, et al. J Allergy Clin Immunol Pract. 2020 ; 8 (6) : 2050-2057
Weller K, et al. Allergy. 2020 ; 75 (5) : 1165-1177

伝えたい事・メモ

月

使用した薬剤

使用した日にち

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

血管浮腫コントロールテスト (Angioedema Control Test : AECT)

日付：(年月日)

回答方法：あなたには、血管浮腫と呼ばれる繰り返し起こるむくみの症状があります。血管浮腫は、皮膚や粘膜の一時的なむくみで、これは体のどの部位でも起こりますが、特に唇、目、舌、手、および足によく見られ、数時間から数日続くことがあります。一部の患者さんには腹部に血管浮腫が起こり、これは表面からは見えませんが、痛みを伴います。むくみには、じんましんと関連しているものもあります。

次の4つの質問はあなたの現在の健康状態を調べるものです。各質問について**ご自分の状況に一番あてはまるもの**を5つの選択肢から選んでください。**全ての質問**に回答してください。また、**各質問に対して回答は1つだけ**選んでください。

1. 過去4週間、どのくらいの頻度で血管浮腫がありましたか。

- 非常に頻繁に (0点) 頻繁に (1点) 時々 (2点) まれに (3点) まったくなし (4点)

2. 過去4週間、血管浮腫はあなたの生活の質にどの程度影響しましたか。

- 非常に大きく (0点) 大きく (1点) ある程度 (2点) 少し (3点) まったくなし (4点)

3. 過去4週間、予想外の血管浮腫にどの程度悩まされましたか。

- 非常に大きく (0点) 大きく (1点) ある程度 (2点) 少し (3点) まったくなし (4点)

4. 過去4週間、血管浮腫は治療によってどの程度良くコントロールされていますか。

- まったくなし (0点) 少し (1点) ある程度 (2点) 良く (3点) とても良く (4点)

合計 点

参考文献：Weller K, et al. J Allergy Clin Immunol Pract. 2020 ; 8 (6) : 2050-2057
Weller K, et al. Allergy. 2020 ; 75 (5) : 1165-1177

伝えたい事・メモ

月

使用した薬剤

使用した日にち

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

血管浮腫コントロールテスト (Angioedema Control Test : AECT)

日付：(年月日)

回答方法：あなたには、血管浮腫と呼ばれる繰り返し起こるむくみの症状があります。血管浮腫は、皮膚や粘膜の一時的なむくみで、これは体のどの部位でも起こりますが、特に唇、目、舌、手、および足によく見られ、数時間から数日続くことがあります。一部の患者さんには腹部に血管浮腫が起こり、これは表面からは見えませんが、痛みを伴います。むくみには、じんましんと関連しているものもあります。

次の4つの質問はあなたの現在の健康状態を調べるものです。各質問について**ご自分の状況に一番あてはまるものを5つの選択肢から選んでください。全ての質問に回答してください。また、各質問に対して回答は1つだけ選んでください。**

1. 過去4週間、どのくらいの頻度で血管浮腫がありましたか。

- 非常に頻繁に (0点) 頻繁に (1点) 時々 (2点) まれに (3点) まったくなし (4点)

2. 過去4週間、血管浮腫はあなたの生活の質にどの程度影響しましたか。

- 非常に大きく (0点) 大きく (1点) ある程度 (2点) 少し (3点) まったくなし (4点)

3. 過去4週間、予想外の血管浮腫にどの程度悩まされましたか。

- 非常に大きく (0点) 大きく (1点) ある程度 (2点) 少し (3点) まったくなし (4点)

4. 過去4週間、血管浮腫は治療によってどの程度良くコントロールされていますか。

- まったくなし (0点) 少し (1点) ある程度 (2点) 良く (3点) とても良く (4点)

合計 点

参考文献：Weller K, et al. J Allergy Clin Immunol Pract. 2020 ; 8 (6) : 2050-2057
Weller K, et al. Allergy. 2020 ; 75 (5) : 1165-1177

伝えたい事・メモ

月

使用した薬剤

使用した日にち

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

血管浮腫コントロールテスト (Angioedema Control Test : AECT)

日付：(年月日)

回答方法：あなたには、血管浮腫と呼ばれる繰り返し起こるむくみの症状があります。血管浮腫は、皮膚や粘膜の一時的なむくみで、これは体のどの部位でも起こりますが、特に唇、目、舌、手、および足によく見られ、数時間から数日続くことがあります。一部の患者さんには腹部に血管浮腫が起こり、これは表面からは見えませんが、痛みを伴います。むくみには、じんましんと関連しているものもあります。

次の4つの質問はあなたの現在の健康状態を調べるものです。各質問について**ご自分の状況に一番あてはまるものを5つの選択肢から選んでください。全ての質問に回答してください。また、各質問に対して回答は1つだけ選んでください。**

1. 過去4週間、どのくらいの頻度で血管浮腫がありましたか。

- 非常に頻繁に (0点) 頻繁に (1点) 時々 (2点) まれに (3点) まったくなし (4点)

2. 過去4週間、血管浮腫はあなたの生活の質にどの程度影響しましたか。

- 非常に大きく (0点) 大きく (1点) ある程度 (2点) 少し (3点) まったくなし (4点)

3. 過去4週間、予想外の血管浮腫にどの程度悩まされましたか。

- 非常に大きく (0点) 大きく (1点) ある程度 (2点) 少し (3点) まったくなし (4点)

4. 過去4週間、血管浮腫は治療によってどの程度良くコントロールされていますか。

- まったくなし (0点) 少し (1点) ある程度 (2点) 良く (3点) とても良く (4点)

合計 点

参考文献：Weller K, et al. J Allergy Clin Immunol Pract. 2020 ; 8 (6) : 2050-2057
Weller K, et al. Allergy. 2020 ; 75 (5) : 1165-1177

伝えたい事・メモ

月

使用した薬剤

使用した日にち

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

血管浮腫コントロールテスト (Angioedema Control Test : AECT)

日付: (年月日)

回答方法: あなたには、血管浮腫と呼ばれる繰り返し起こるむくみの症状があります。血管浮腫は、皮膚や粘膜の一時的なむくみで、これは体のどの部位でも起こりますが、特に唇、目、舌、手、および足によく見られ、数時間から数日続くことがあります。一部の患者さんには腹部に血管浮腫が起こり、これは表面からは見えませんが、痛みを伴います。むくみには、じんましんと関連しているものもあります。

次の4つの質問はあなたの現在の健康状態を調べるものです。各質問について**ご自分の状況に一番あてはまるもの**を5つの選択肢から選んでください。**全ての質問**に回答してください。また、**各質問に対して回答は1つだけ**選んでください。

1. 過去4週間、どのくらいの頻度で血管浮腫がありましたか。

- 非常に頻繁に (0点) 頻繁に (1点) 時々 (2点) まれに (3点) まったくなし (4点)

2. 過去4週間、血管浮腫はあなたの生活の質にどの程度影響しましたか。

- 非常に大きく (0点) 大きく (1点) ある程度 (2点) 少し (3点) まったくなし (4点)

3. 過去4週間、予想外の血管浮腫にどの程度悩まされましたか。

- 非常に大きく (0点) 大きく (1点) ある程度 (2点) 少し (3点) まったくなし (4点)

4. 過去4週間、血管浮腫は治療によってどの程度良くコントロールされていますか。

- まったくなし (0点) 少し (1点) ある程度 (2点) 良く (3点) とても良く (4点)

合計 点

参考文献: Weller K, et al. J Allergy Clin Immunol Pract. 2020; 8(6): 2050-2057
Weller K, et al. Allergy. 2020; 75(5): 1165-1177

伝えたい事・メモ

月

使用した薬剤

使用した日にち

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

血管浮腫コントロールテスト (Angioedema Control Test : AECT)

日付: (年月日)

回答方法: あなたには、血管浮腫と呼ばれる繰り返し起こるむくみの症状があります。血管浮腫は、皮膚や粘膜の一時的なむくみで、これは体のどの部位でも起こりますが、特に唇、目、舌、手、および足によく見られ、数時間から数日続くことがあります。一部の患者さんには腹部に血管浮腫が起こり、これは表面からは見えませんが、痛みを伴います。むくみには、じんましんと関連しているものもあります。

次の4つの質問はあなたの現在の健康状態を調べるものです。各質問について**ご自分の状況に一番あてはまるもの**を5つの選択肢から選んでください。**全ての質問**に回答してください。また、**各質問に対して回答は1つだけ**選んでください。

1. 過去4週間、どのくらいの頻度で血管浮腫がありましたか。

- 非常に頻繁に (0点) 頻繁に (1点) 時々 (2点) まれに (3点) まったくなし (4点)

2. 過去4週間、血管浮腫はあなたの生活の質にどの程度影響しましたか。

- 非常に大きく (0点) 大きく (1点) ある程度 (2点) 少し (3点) まったくなし (4点)

3. 過去4週間、予想外の血管浮腫にどの程度悩まされましたか。

- 非常に大きく (0点) 大きく (1点) ある程度 (2点) 少し (3点) まったくなし (4点)

4. 過去4週間、血管浮腫は治療によってどの程度良くコントロールされていますか。

- まったくなし (0点) 少し (1点) ある程度 (2点) 良く (3点) とても良く (4点)

合計 点

参考文献: Weller K, et al. J Allergy Clin Immunol Pract. 2020; 8(6): 2050-2057
Weller K, et al. Allergy. 2020; 75(5): 1165-1177

伝えたい事・メモ

月

使用した薬剤

使用した日にち

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

血管浮腫コントロールテスト (Angioedema Control Test : AECT)

日付：(年月日)

回答方法：あなたには、血管浮腫と呼ばれる繰り返し起こるむくみの症状があります。血管浮腫は、皮膚や粘膜の一時的なむくみで、これは体のどの部位でも起こりますが、特に唇、目、舌、手、および足によく見られ、数時間から数日続くことがあります。一部の患者さんには腹部に血管浮腫が起こり、これは表面からは見えませんが、痛みを伴います。むくみには、じんましんと関連しているものもあります。

次の4つの質問はあなたの現在の健康状態を調べるものです。各質問について**ご自分の状況に一番あてはまるもの**を5つの選択肢から選んでください。**全ての質問**に回答してください。また、**各質問に対して回答は1つだけ**選んでください。

1. 過去4週間、どのくらいの頻度で血管浮腫がありましたか。

- 非常に頻繁に (0点) 頻繁に (1点) 時々 (2点) まれに (3点) まったくなし (4点)

2. 過去4週間、血管浮腫はあなたの生活の質にどの程度影響しましたか。

- 非常に大きく (0点) 大きく (1点) ある程度 (2点) 少し (3点) まったくなし (4点)

3. 過去4週間、予想外の血管浮腫にどの程度悩まされましたか。

- 非常に大きく (0点) 大きく (1点) ある程度 (2点) 少し (3点) まったくなし (4点)

4. 過去4週間、血管浮腫は治療によってどの程度良くコントロールされていますか。

- まったくなし (0点) 少し (1点) ある程度 (2点) 良く (3点) とても良く (4点)

合計 点

参考文献：Weller K, et al. J Allergy Clin Immunol Pract. 2020 ; 8 (6) : 2050-2057
Weller K, et al. Allergy. 2020 ; 75 (5) : 1165-1177

伝えたい事・メモ

月

使用した薬剤

使用した日にち

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

血管浮腫コントロールテスト (Angioedema Control Test : AECT)

日付：(年月日)

回答方法：あなたには、血管浮腫と呼ばれる繰り返し起こるむくみの症状があります。血管浮腫は、皮膚や粘膜の一時的なむくみで、これは体のどの部位でも起こりますが、特に唇、目、舌、手、および足によく見られ、数時間から数日続くことがあります。一部の患者さんには腹部に血管浮腫が起こり、これは表面からは見えませんが、痛みを伴います。むくみには、じんましんと関連しているものもあります。

次の4つの質問はあなたの現在の健康状態を調べるものです。各質問について**ご自分の状況に一番あてはまるもの**を5つの選択肢から選んでください。**全ての質問**に回答してください。また、**各質問に対して回答は1つだけ**選んでください。

1. 過去4週間、どのくらいの頻度で血管浮腫がありましたか。

- 非常に頻繁に (0点) 頻繁に (1点) 時々 (2点) まれに (3点) まったくなし (4点)

2. 過去4週間、血管浮腫はあなたの生活の質にどの程度影響しましたか。

- 非常に大きく (0点) 大きく (1点) ある程度 (2点) 少し (3点) まったくなし (4点)

3. 過去4週間、予想外の血管浮腫にどの程度悩まされましたか。

- 非常に大きく (0点) 大きく (1点) ある程度 (2点) 少し (3点) まったくなし (4点)

4. 過去4週間、血管浮腫は治療によってどの程度良くコントロールされていますか。

- まったくなし (0点) 少し (1点) ある程度 (2点) 良く (3点) とても良く (4点)

合計 点

参考文献：Weller K, et al. J Allergy Clin Immunol Pract. 2020 ; 8 (6) : 2050-2057
Weller K, et al. Allergy. 2020 ; 75 (5) : 1165-1177

伝えたい事・メモ

月

使用した薬剤

使用した日にち

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

血管浮腫コントロールテスト (Angioedema Control Test : AECT)

日付：(年月日)

回答方法：あなたには、血管浮腫と呼ばれる繰り返し起こるむくみの症状があります。血管浮腫は、皮膚や粘膜の一時的なむくみで、これは体のどの部位でも起こりますが、特に唇、目、舌、手、および足によく見られ、数時間から数日続くことがあります。一部の患者さんには腹部に血管浮腫が起こり、これは表面からは見えませんが、痛みを伴います。むくみには、じんましんと関連しているものもあります。

次の4つの質問はあなたの現在の健康状態を調べるものです。各質問について**ご自分の状況に一番あてはまるもの**を5つの選択肢から選んでください。**全ての質問**に回答してください。また、**各質問に対して回答は1つだけ**選んでください。

1. 過去4週間、どのくらいの頻度で血管浮腫がありましたか。

- 非常に頻繁に (0点) 頻繁に (1点) 時々 (2点) まれに (3点) まったくなし (4点)

2. 過去4週間、血管浮腫はあなたの生活の質にどの程度影響しましたか。

- 非常に大きく (0点) 大きく (1点) ある程度 (2点) 少し (3点) まったくなし (4点)

3. 過去4週間、予想外の血管浮腫にどの程度悩まされましたか。

- 非常に大きく (0点) 大きく (1点) ある程度 (2点) 少し (3点) まったくなし (4点)

4. 過去4週間、血管浮腫は治療によってどの程度良くコントロールされていますか。

- まったくなし (0点) 少し (1点) ある程度 (2点) 良く (3点) とても良く (4点)

合計 点

参考文献：Weller K, et al. J Allergy Clin Immunol Pract. 2020 ; 8 (6) : 2050-2057
Weller K, et al. Allergy. 2020 ; 75 (5) : 1165-1177

伝えたい事・メモ

月

使用した薬剤

使用した日にち

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

血管浮腫コントロールテスト (Angioedema Control Test : AECT)

日付：(年月日)

回答方法：あなたには、血管浮腫と呼ばれる繰り返し起こるむくみの症状があります。血管浮腫は、皮膚や粘膜の一時的なむくみで、これは体のどの部位でも起こりますが、特に唇、目、舌、手、および足によく見られ、数時間から数日続くことがあります。一部の患者さんには腹部に血管浮腫が起こり、これは表面からは見えませんが、痛みを伴います。むくみには、じんましんと関連しているものもあります。

次の4つの質問はあなたの現在の健康状態を調べるものです。各質問について**ご自分の状況に一番あてはまるもの**を5つの選択肢から選んでください。**全ての質問**に回答してください。また、**各質問に対して回答は1つだけ**選んでください。

1. 過去4週間、どのくらいの頻度で血管浮腫がありましたか。

- 非常に頻繁に (0点) 頻繁に (1点) 時々 (2点) まれに (3点) まったくなし (4点)

2. 過去4週間、血管浮腫はあなたの生活の質にどの程度影響しましたか。

- 非常に大きく (0点) 大きく (1点) ある程度 (2点) 少し (3点) まったくなし (4点)

3. 過去4週間、予想外の血管浮腫にどの程度悩まされましたか。

- 非常に大きく (0点) 大きく (1点) ある程度 (2点) 少し (3点) まったくなし (4点)

4. 過去4週間、血管浮腫は治療によってどの程度良くコントロールされていますか。

- まったくなし (0点) 少し (1点) ある程度 (2点) 良く (3点) とても良く (4点)

合計 点

参考文献：Weller K, et al. J Allergy Clin Immunol Pract. 2020 ; 8 (6) : 2050-2057
Weller K, et al. Allergy. 2020 ; 75 (5) : 1165-1177

伝えたい事・メモ

月

使用した薬剤

使用した日にち

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

血管浮腫コントロールテスト (Angioedema Control Test : AECT)

日付：(年月日)

回答方法：あなたには、血管浮腫と呼ばれる繰り返し起こるむくみの症状があります。血管浮腫は、皮膚や粘膜の一時的なむくみで、これは体のどの部位でも起こりますが、特に唇、目、舌、手、および足によく見られ、数時間から数日続くことがあります。一部の患者さんには腹部に血管浮腫が起こり、これは表面からは見えませんが、痛みを伴います。むくみには、じんましんと関連しているものもあります。

次の4つの質問はあなたの現在の健康状態を調べるものです。各質問について**ご自分の状況に一番あてはまるものを5つの選択肢から選んでください。全ての質問に回答してください。また、各質問に対して回答は1つだけ選んでください。**

1. 過去4週間、どのくらいの頻度で血管浮腫がありましたか。

- 非常に頻繁に (0点) 頻繁に (1点) 時々 (2点) まれに (3点) まったくなし (4点)

2. 過去4週間、血管浮腫はあなたの生活の質にどの程度影響しましたか。

- 非常に大きく (0点) 大きく (1点) ある程度 (2点) 少し (3点) まったくなし (4点)

3. 過去4週間、予想外の血管浮腫にどの程度悩まされましたか。

- 非常に大きく (0点) 大きく (1点) ある程度 (2点) 少し (3点) まったくなし (4点)

4. 過去4週間、血管浮腫は治療によってどの程度良くコントロールされていますか。

- まったくなし (0点) 少し (1点) ある程度 (2点) 良く (3点) とても良く (4点)

合計 点

参考文献：Weller K, et al. J Allergy Clin Immunol Pract. 2020 ; 8 (6) : 2050-2057
Weller K, et al. Allergy. 2020 ; 75 (5) : 1165-1177

伝えたい事・メモ

月

使用した薬剤

使用した日にち

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

血管浮腫コントロールテスト (Angioedema Control Test : AECT)

日付：(年月日)

回答方法：あなたには、血管浮腫と呼ばれる繰り返し起こるむくみの症状があります。血管浮腫は、皮膚や粘膜の一時的なむくみで、これは体のどの部位でも起こりますが、特に唇、目、舌、手、および足によく見られ、数時間から数日続くことがあります。一部の患者さんには腹部に血管浮腫が起こり、これは表面からは見えませんが、痛みを伴います。むくみには、じんましんと関連しているものもあります。

次の4つの質問はあなたの現在の健康状態を調べるものです。各質問について**ご自分の状況に一番あてはまるものを5つの選択肢から選んでください。全ての質問に回答してください。また、各質問に対して回答は1つだけ選んでください。**

1. 過去4週間、どのくらいの頻度で血管浮腫がありましたか。

- 非常に頻繁に (0点) 頻繁に (1点) 時々 (2点) まれに (3点) まったくなし (4点)

2. 過去4週間、血管浮腫はあなたの生活の質にどの程度影響しましたか。

- 非常に大きく (0点) 大きく (1点) ある程度 (2点) 少し (3点) まったくなし (4点)

3. 過去4週間、予想外の血管浮腫にどの程度悩まされましたか。

- 非常に大きく (0点) 大きく (1点) ある程度 (2点) 少し (3点) まったくなし (4点)

4. 過去4週間、血管浮腫は治療によってどの程度良くコントロールされていますか。

- まったくなし (0点) 少し (1点) ある程度 (2点) 良く (3点) とても良く (4点)

合計 点

参考文献：Weller K, et al. J Allergy Clin Immunol Pract. 2020 ; 8 (6) : 2050-2057
Weller K, et al. Allergy. 2020 ; 75 (5) : 1165-1177

伝えたい事・メモ



医療機関名