

แบบสอบถามคัดกรองอาการโรคภูมิแพ้

ชื่อ-นามสกุล HN อายุ ปี วันที่

1. อาการที่มาพบแพทย์

คุณเริ่มมีอาการดังกล่าวตั้งแต่อายุ ปี

(1) วัยทารก (ภายในขวบปีแรก) (2) วัยเด็ก (อายุ 1-12 ปี) (3) วัยรุ่น (อายุ 12-18 ปี)

(4) ผู้ใหญ่ (อายุ 18 ปีขึ้นไป) แบ่งเป็น () มหาวิทยาลัย 18-25 ปี () ทำงาน 26-59 ปี () มากกว่า 60 ปี

2. คุณเคยมีอาการดังต่อไปนี้หรือไม่ (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ โดยมีอาการมากกว่า 1 ชั่วโมงต่อวัน) ไม่เคย

ถ้ามีโปรดระบุความรุนแรงในช่อง ตามที่เคยเป็นก่อนการรักษา หากไม่มีข้ามไปตอบข้อ 3

- | | | | |
|--|-------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> จาม | <input type="checkbox"/> น้ำมูกไหล | <input type="checkbox"/> คัดจมูก | <input type="checkbox"/> น้ำมูกไหลลงคอ |
| <input type="checkbox"/> คันจมูก | <input type="checkbox"/> คันตา | <input type="checkbox"/> คันหู | <input type="checkbox"/> คันเพดานปาก/คอ |
| <input type="checkbox"/> น้ำตาไหล | <input type="checkbox"/> ตาแดงง่าย | <input type="checkbox"/> ปวดมีนศีรษะ | <input type="checkbox"/> หูอื้อ/ปวดหู |
| <input type="checkbox"/> เลือดกำเดาไหลง่าย | <input type="checkbox"/> กระจาบบ่อย | <input type="checkbox"/> มีเสมหะอยู่ในลำคอ | |
| <input type="checkbox"/> นอนกรน | <input type="checkbox"/> คอแห้ง | <input type="checkbox"/> ปากแห้งตอนตื่นนอน | <input type="checkbox"/> อื่น ๆ ระบุ |

การระบุความรุนแรงของอาการ (1-3)

- 1 มีอาการเล็กน้อย ไม่มีปัญหา
- 2 มีอาการปานกลาง แต่ไม่กระทบต่อกิจวัตรประจำวัน
- 3 มีอาการมาก จนกระทบต่อชีวิตประจำวันหรือการนอน

2.1 ความถี่ของอาการในข้อ 2

(1) น้อยกว่า 1 เดือนต่อปี (2) มากกว่า 1 เดือนต่อปี

2.2 ความรุนแรงของอาการในข้อ 2 ก่อนการรักษา

(1) น้อย

(2) ปานกลางถึงมาก มีอาการดังต่อไปนี้อย่างน้อย 1 ข้อ

- นอนหลับได้ปกติ
- สามารถทำกิจกรรมประจำวัน, เล่นกีฬา ใช้เวลาว่างได้ตามปกติ
- ทำงานและเรียนได้ตามปกติ
- อาการไม่ทำให้ลำบาก

- ไม่สามารถนอนหลับได้ตามปกติ
- มีผลต่อกิจกรรมประจำวัน เล่นกีฬาและการใช้เวลาว่าง
- มีปัญหาต่อการทำงานและการเรียน
- อาการทำให้ลำบาก

2.3 คะแนนอาการทางจมูกและตาในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา (ให้วงกลมตามข้อที่ตรงกับความรุนแรงของท่าน)

คะแนนอาการ	ไม่มีอาการ	อาการน้อย	อาการปานกลาง	อาการมาก	รวมคะแนน
อาการทางตา คันตา	0	1	2	3	อาการทางตา (0 – 3)
อาการทางจมูก คันจมูก/จาม	0	1 1-4 ครั้งต่อวัน	2 5-10 ครั้งต่อวัน คันจมูก ติดต่อกันนานกว่า 30 นาที	3 อาการมาก มีผลต่อการนอนหลับ และสมาธิ	อาการจมูก (0 – 12)
คัดแน่นจมูก	0	1 ติดขัดเล็กน้อย	2 ตันจมูกจนหายใจทางปาก	3 ไม่สามารถหายใจทางจมูกได้เลย เสียงขึ้นจมูก ปัญหาการได้รบกวน	
น้ำมูกไหล	0	1 สด/เข็ด 1-4 ครั้ง/วัน	2 สด/เข็ด 5-10 ครั้ง/วัน	3 น้ำมูกไหลเป็นน้ำ เข็ดบ่อยครั้ง	
น้ำมูกลงคอ	0	1 ระคายเคืองในคอ	2 กระจาบบ่อย รำคาญ	3 ไอหรือขับเสมหะบ่อย ไม่สบายคอ	

3. คุณเคยมีอาการทางปอดเหล่านี้บ้างหรือไม่ (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อและระบุความรุนแรงของแต่ละอาการ [1-3] ใน) ไม่เคย
 เหนื่อยง่าย หอบ แน่น-อก หายใจไม่อิ่ม หายใจมีเสียงวี๊ดใน-อก ไอขณะนอน
 ไอเมื่อสัมผัสฝุ่นควัน ไอเวลาออกกำลังกาย อื่น ๆ ระบุ
4. คุณเคยมีอาการทางผิวหนังเหล่านี้บ้างหรือไม่ (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อและระบุความรุนแรงของแต่ละอาการ [1-3] ใน) ไม่เคย
 คันตามตัว ผื่นลมพิษ ผื่นคัน สะเก็ด ขุย หรือเป็นน้ำเหลืองเยิ้ม
 ผิวแพ้่าง ผิวแห้ง อื่น ๆ ระบุ
5. คุณเคยมีปัญหาเหล่านี้บ้างหรือไม่ (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ) ไม่เคย
 ไช้สออักเสบ เป็นหวัดบ่อย โรคกระเพาะ(จุก เสียด แน่นท้อง เรอเปรี้ยว แสบท้อง)
6. คุณเคยแพ้อาหารหรือไม่ ไม่เคย
ถ้าเคย ระบุชนิดอาหารและอาการ
7. คุณเคยแพ้ยาหรือไม่ ไม่เคย
ถ้าเคย ระบุชื่อยาและอาการ
8. คุณเคยแพ้แมลงสัตว์ กัดต่อยหรือไม่ (เช่น ผึ้ง ต่อ แตน มด ยุง) ไม่เคย
ถ้าเคย ระบุชนิดสัตว์และอาการ
9. คุณเคยแพ้ถุงมือยาง พลาสติกหรือลาเท็กซ์หรือไม่ (ผลิตภัณฑ์ที่ยืดหยุ่นได้ทำจากยางพารา) ไม่เคย
ถ้าเคย ระบุผลิตภัณฑ์และอาการ
10. มีสมาชิกในครอบครัวของคุณเป็นโรคภูมิแพ้หรือไม่ (บิดา มารดา พี่น้อง ลูก และปู่ย่าตายาย) ไม่มี
ถ้ามี ระบุสมาชิกและโรคที่เป็น
11. ที่บ้าน/ที่พักอาศัยของคุณมีสัตว์เลี้ยงหรือไม่ ไม่มี
ถ้ามี ระบุชนิดสัตว์และจำนวนที่มี
12. ในห้องนอนของท่านมีสิ่งของที่เป็นแหล่งเก็บฝุ่นดังต่อไปนี้หรือไม่ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) ไม่มี
 โซฟาผ้า ตุ๊กตา หนังสือ พรม ม่าน อื่น ๆ
13. ฟูที่นอนของท่านทำจากอะไร โยสังเคราะห์ ยางพารา นุ่น ฝู่มด้วยหนัง นอนพื้น อื่น ๆ
14. อุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องกับอากาศในห้องนอนที่ท่านใช้ขณะนอน
 เครื่องปรับอากาศ พัดลม เครื่องกรองอากาศ ไม่ใช้ (เปิดหน้าต่าง) อื่น ๆ
15. อาชีพของท่าน จังหวัดที่อยู่ปัจจุบัน
16. ลักษณะที่พักอาศัยประจำ
 บ้านเดี่ยว ทาวน์เฮ้าส์ คอนโดมีเนียม แฟลตหรือหอพัก ตึกแถว/อาคารพาณิชย์
 ร้านค้า ประเภท อื่น ๆ
17. ที่ตั้งของที่พักอาศัยประจำ
 ติดถนนใหญ่หรือทางด่วน ในซอย ไม่เกิน 200 เมตรจากถนนใหญ่ ซอย/หรือหมู่บ้านห่างจากถนนใหญ่
 ชานเมือง ริมน้ำ มีสวน/ไร่/นา อื่น ๆ
18. มลพิษรอบบ้านในบ้าน ไม่มี
 ควันรด ก่อสร้าง ควันบุหรี/เผาขยะ กลิ่นเหม็น โรงงาน ระบุชนิด..... อื่น ๆ
19. สูบบุหรี คุณสูบบุหรี (ยังสูบ/ เลิกแล้ว/ นาน ๆ ครั้ง) คนในบ้านสูบ คนรอบข้างสูบ ไม่มี/ไม่เคยสูบ