

## (図 3) かかりつけ医に設置されている問診用のCOPD質問票

COPD の疑いがあるかどうか、試してみましょう。下の各質問であてはまるものを1つ選んでチェックし、最後にポイントを足し算してください。

質問	<input checked="" type="checkbox"/> チェック!!	ポイント
あなたの年齢は？	<input type="checkbox"/> 49 歳以下	0
	<input type="checkbox"/> 50 ～ 59 歳	4
	<input type="checkbox"/> 60 ～ 69 歳	8
	<input type="checkbox"/> 70 歳以上	10
1日に吸うタバコの本数（喫煙者は以前から吸っていた本数）と喫煙年数から計算すると？ 1日のタバコの本数÷20本（1箱の本数）×喫煙年数	<input type="checkbox"/> 0 ～ 14	0
	<input type="checkbox"/> 15 ～ 24	2
	<input type="checkbox"/> 25 ～ 49	3
	<input type="checkbox"/> 50 以上	7
あなたの体重と身長から肥満度（BMI）を計算すると？ 体重(kg) ÷ (身長(m) × 身長(m))	<input type="checkbox"/> 25.4 未満	5
	<input type="checkbox"/> 25.4 ～ 29.7	1
	<input type="checkbox"/> 29.8 以上	0
天候によりせきがひどくなる？	<input type="checkbox"/> はい。天候によりひどくなることがある	3
	<input type="checkbox"/> いいえ。天候は関係ない	0
	<input type="checkbox"/> せきは出ない	0
かぜではないのに、たんがからむ？	<input type="checkbox"/> はい	3
	<input type="checkbox"/> いいえ	0
よく、朝起きてすぐにたんがからむ？	<input type="checkbox"/> はい	0
	<input type="checkbox"/> いいえ	3
よく、息をするときにはぜん鳴（ゼーゼー、ヒューヒュー音がする）がある？	<input type="checkbox"/> いいえ	0
	<input type="checkbox"/> 時々もしくはよくある	4
現在もしくはこれまでにアレルギー症状がある？	<input type="checkbox"/> はい	0
	<input type="checkbox"/> いいえ	3

COPD 診断と治療のためのガイドライン 第 4 版 COPD 質問票より作成

17 ポイント以上であれば、医療機関へ相談してみましょう