

(โปรดให้เด็กกรอกข้อมูลหน้านี้)

กรุณาทำเครื่องหมาย X ในช่องว่างซึ่งเป็นคำตอบที่ดีที่สุด ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา คุณมีอาการของโรคหืดหรือโรคจมูกอักเสบเกิดขึ้นหรือไม่

ID _____ วันที่ _____

ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา คุณมีอาการเหล่านี้



1. หายใจไม่ออก คัดจมูก แน่นจมูก

ใช่ ไม่ใช่

ATCHIM



2. จาม

ใช่ ไม่ใช่



3. น้ำมูกไหล

ใช่ ไม่ใช่



4. หายใจไม่อิ่ม หายใจได้สั้นๆ
หายใจหอบ เหนื่อย

ใช่ ไม่ใช่



5. หายใจแล้วมีเสียงแหลมๆ
หรือมีเสียงวี๊ด บริเวณหน้าอก

ใช่ ไม่ใช่



6. ไอ

ใช่ ไม่ใช่



7. ขณะออกกำลังกายหรือหัวเราะ มีอาการไอ มีเสียง
วี๊ดๆ หรือแน่นหน้าอกด้วย

ใช่ ไม่ใช่



8. เหนื่อยง่าย ลำบากในการทำ ในชีวิตประจำวัน

ใช่ ไม่ใช่

รวมแล้วมีจำนวนข้อที่ตอบว่า ใช่

(โปรดให้บิดามารดาหรือผู้ปกครองกรอกหน้านี้)

กรุณาทำเครื่องหมาย X ลงในช่องว่างซึ่งเป็นคำตอบที่ดีที่สุด ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ลูกชายหรือลูกสาวของคุณมีอาการของโรคหืดหรือโรคจมูกอักเสบเกิดขึ้นหรือไม่

ID (ลูกชายหรือลูกสาว) _____ อายุ _____ เพศ _____ วันที่ _____

ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ลูกชายหรือลูกสาวของคุณมีอาการเหล่านี้



1. ตื่นกลางดึก เพราะโรคหืด หรือโรคจมูกอักเสบ
ภูมิแพ้กำเริบ ใช่ ไม่ใช่



2. บ่นหรือมีอาการแสดงของโรคหลังจากตื่นนอนในตอนเช้าเพราะโรคหืด หรือโรคจมูกอักเสบภูมิแพ้กำเริบ ใช่ ไม่ใช่



3. ต้องขาดเรียนหรือไม่สามารถทำกิจกรรมบางอย่างเพราะการมีโรคหืด หรือโรคจมูกอักเสบภูมิแพ้ ใช่ ไม่ใช่



4. ต้องใช้ยาหรือเพิ่มขนาดยา เพราะโรคหืดหรือโรคจมูกอักเสบภูมิแพ้แย่มาก ใช่ ไม่ใช่



5. ต้องไปพบแพทย์ เพราะโรคหืด หรือโรคจมูกอักเสบภูมิแพ้แย่มาก ใช่ ไม่ใช่

รวมแล้วมีจำนวนข้อที่ตอบว่าใช่ รวม
(ผู้ปกครองหรือพ่อแม่)

(เด็ก+ผู้ปกครอง)