

主治医診療報告書（気管支ぜん息用）

|    |     |          |                          |
|----|-----|----------|--------------------------|
| 氏名 | 男・女 | 生年<br>月日 | 大・昭・平・令<br>年<br>(満<br>才) |
| 住所 |     |          |                          |

診療状況等

|              |   |
|--------------|---|
| 申請に係る<br>疾病名 | 1 <input type="checkbox"/> 気管支ぜん息   |
|              | { 発症時期: _____ 歳 か月頃 } → <input type="checkbox"/> ①現在も症状継続<br>{ <input type="checkbox"/> 不詳 } → <input type="checkbox"/> ②一度症状が消え、_____ 歳で再発<br>2 <input type="checkbox"/> 続発症: <input type="checkbox"/> 肺性心, <input type="checkbox"/> 他( ) (発症時期: _____ 歳 か月頃, <input type="checkbox"/> 不詳) |

最近1年間の上記申請疾病に係る受診状況(該当する項目にチェック及び○をして数字を記入してください。)

|    |   |                               |
|----|---|-------------------------------|
| 入院 | 1 <input type="checkbox"/> あり ( _____ 回:最近の入院時期 _____ 年 月 ) | 2 <input type="checkbox"/> なし |
| 通院 | 定期受診: 年・月・週に _____ 回程度                                      | 定期外受診: 年・月・週に _____ 回程度       |

|      |   |
|------|---|
| 診断根拠 | 1 繰り返し起こる発作性のせき、ぜん鳴、呼吸困難がある、又はあった。<br>2 せき、ぜん鳴、呼吸困難の症状は自然に、又は気管支拡張薬等の投与により改善される、又はされた。<br>3 症状や検査結果からみて、気道が過敏である。<br>4 せき、ぜん鳴や呼吸困難の症状は、他の心肺疾患、先天性異常、発達異常によるものではない。<br><input type="checkbox"/> 上記項目1から4まで全て該当する。 <input type="checkbox"/> 該当しない項目がある。(下欄記載必須) |
|      | *本来、気管支ぜん息であれば上記項目全て該当すると考えられます。非該当項目を選択の上、非該当にも関わらず気管支ぜん息と診断した理由を記載してください。 非該当項目: 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/><br>【理由】  |

|                   |  |  |
|-------------------|--|--|
| 現在の気管支ぜん息(複数に選択可) | 1 <input type="checkbox"/> 吸入ステロイド薬(量必須: 低 / 中 / 高) / 長時間作用性β <sub>2</sub> 刺激薬 配合剤 | 8 <input type="checkbox"/> 経口ステロイド薬(維持)    |
|                   | 2 <input type="checkbox"/> 単剤の吸入ステロイド薬(量必須: 低 / 中 / 高)                             | 9 <input type="checkbox"/> 経口ステロイド薬(発作時のみ) |
|                   | 3 <input type="checkbox"/> 単剤の長時間作用性β <sub>2</sub> 刺激薬                             | 10 <input type="checkbox"/> 発作時のみ気管支拡張薬を使用 |
|                   | 4 <input type="checkbox"/> ロイコトリエン受容体拮抗薬   | 11 <input type="checkbox"/> アレルゲン免疫(減感作)療法 |
|                   | 5 <input type="checkbox"/> テオフィリン徐放製剤  | 12 <input type="checkbox"/> 経過観察           |
|                   | 6 <input type="checkbox"/> クロモグリク酸ナトリウム  | 13 <input type="checkbox"/> その他( )         |
|                   | 7 <input type="checkbox"/> 抗IgE抗体  |  |

|          |  |                                       |  |
|----------|--|---------------------------------------|--|
| 最近1年間の症状 | 1 <input type="checkbox"/> なし            | 2 <input type="checkbox"/> 年に数回       | 3 <input type="checkbox"/> 1回/月以上、1回/週未満 |
|          | 4 <input type="checkbox"/> 1回/週以上、1回/日未満 | 5 <input type="checkbox"/> 毎日/生活に制限なし | 6 <input type="checkbox"/> 毎日/生活に制限あり    |

|      |   |
|------|---|
| 喫煙状況 | 現 状(患者本人): <input type="checkbox"/> 喫煙していないことを確認した。 *喫煙者は本制度の申請資格がありません。  |
|      | 喫煙歴(患者本人): <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり: 1日平均( )本を( )年間喫煙、禁煙時期 _____ 歳時<br>同居者に喫煙者が <input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> いる |

\*本制度は喫煙しない方が対象です。認定期間中に喫煙した場合は認定資格を喪失し、助成された医療費を返還していただきます。  
 \*この報告書のデータは、今後の保健指導や環境保健対策を進めるための基礎資料として使用します。  
 回収したデータは個人が特定できないよう加工した上で公表していきます。

新規・更新  
18歳未満のみ

※新規又は更新に○印を付けてください。 東京都大気汚染医療費助成制度  
 ※18歳以上の方は新規申請できません。(認定審査会所管課控)

医学的検査結果 (太線内は新規申請時必須) \*更新時は医学的検査は任意です

①血液検査結果

白血球数 \_\_\_\_\_ /μl, 血液像(好酸球) \_\_\_\_\_ % 検査日: \_\_\_\_\_ 年 月 日

非特異的IgE \_\_\_\_\_ IU/ml (標準値 \_\_\_\_\_ IU/ml) 検査日: \_\_\_\_\_ 年 月 日

②アレルゲン検査結果 検査日: \_\_\_\_\_ 年 月 日

(いずれかを選択) (検査した項目を選択)

A  血液検査  
 特異的IgE抗体  
 その他 ( )

1  ダニ { 1  陽性 (+)  
2  疑陽性 (±)  
3  陰性 (-)

B  皮膚テスト  
 スクラッチ  
 プリック  
 皮内

2  ハウスダスト { 1  陽性 (+)  
2  疑陽性 (±)  
3  陰性 (-)

呼吸機能検査結果 検査日: \_\_\_\_\_ 年 月 日

\*カッコ内は、正常予測値との比率(%)を記載してください。

VC \_\_\_\_\_ ml ( \_\_\_\_\_ %)

FVC \_\_\_\_\_ ml ( \_\_\_\_\_ %)

FEV1.0 \_\_\_\_\_ ml ( \_\_\_\_\_ %)

FEV1.0% \_\_\_\_\_ %

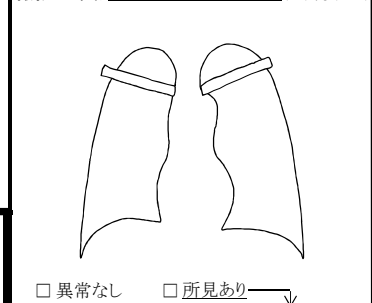
V50 \_\_\_\_\_ l/s ( \_\_\_\_\_ %)

V25 \_\_\_\_\_ l/s ( \_\_\_\_\_ %)

\*主治医コメント欄(症状や治療の経過、合併症について等)

③胸部エックス線検査結果

撮影日: 令和 \_\_\_\_\_ 年 月 日(6ヶ月以内)



異常なし  所見あり →

\*気管支ぜん息との鑑別を中心に所見についての説明を記載してください。(必須)

上記のとおり報告します。

令和 \_\_\_\_\_ 年 月 日

医療機関名

医療機関所在地

医療機関電話番号

担当医師 氏名

