

氏 名	男 ・ 女	生年 月 日	大・昭・平・令 年 (満 月 日 才)
住 所			

診療状況等

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。）

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
----	----------------------	-----------------------

現在の 気管支 治療 (複数 選択可)	1 ☐ 吸入ステロイド薬(量必須: 低 / 中 / 高) / 長時間作用性 β_2 刺激薬 配合剤	
	2 ☐ 単剤の吸入ステロイド薬(量必須: 低 / 中 / 高)	8 ☐ 経ロステロイド薬(維持)
	3 ☐ 単剤の長時間作用性 β_2 刺激薬	9 ☐ 経ロステロイド薬(発作時のみ)
	4 ☐ ロイコトリエン受容体拮抗薬	10 ☐ 発作時のみ気管支拡張薬を使用
	5 ☐ テオフィリン徐放製剤	11 ☐ アレルゲン免疫(減感作)療法
	6 ☐ クロモグリク酸ナトリウム	12 ☐ 経過観察
	7 ☐ 抗IgE抗体	13 ☐ その他()

喫煙状況	現 状(患者本人)	☐ 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)	☐ なし ☐ あり: 1日平均()本を()年間喫煙, 禁煙時期_____歳時	
	同居者に喫煙者が	☐ いない ☐ いる	

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

白血球数 _____ / μ l, 血液像(好酸球) _____ % 検査日: _____ 年 _____ 月 _____ 日

②アレルギー検査結果 検査日: 年 月 日

(いずれかを選択) (検査した項目を選択) 撮影日: 令和 年 月 日 (6ヶ月以内)

呼吸機能検査結果 検査日： 年 月 日

VC _____ ml (_____ %) FVC _____ ml (_____ %)

☐ 異常なし ☒ 所見あり →

*主治医コメント欄(症状や治療の経過、合併症について等)

[illegible][illegible][illegible]

--	--

令和 年 月 日

医療機関所在地

医療機関電話番号

担当医 氏名 印

制或補助費療醫洗汙氣一

