

東京都大気汚染医療費助成制度

主治医診療報告書の手引

18歳未満を対象とする
慢性気管支炎・ぜん息性気管支炎・肺気しゅ

平成20年5月

東京都福祉保健局

〔 目 次 〕

はじめに	1
1 「主治医診療報告書」について	1
2 胸部エックス線フィルムの取扱いについて	1
3 制度に関する問い合わせ先	2
I 「主治医診療報告書(3疾患用)」作成要領	3
1 ぜん息性気管支炎	3
(1) 概念	
(2) ぜん息性気管支炎の「診療状況等」の記入方法	
(3) ぜん息性気管支炎の「医学的検査結果」の記入方法	
2 慢性気管支炎	7
(1) 概念	
(2) 慢性気管支炎の「診療状況等」の記入方法	
(3) 慢性気管支炎の「医学的検査結果」の記入方法	
3 肺気しゅ	10
4 続発症	11
(資料)	
資料1 主治医診療報告書 (18歳未満を対象とする慢性気管支炎・ぜん息性気管支炎・肺気しゅ用)様式	12
資料2 記入上の注意	13
II Q & A	14
《 参考1 》 東京都大気汚染医療費助成制度の概要	16
《 参考2 》 申請手続の流れ	17

はじめに

都では、「大気汚染に係る健康障害者に対する医療費の助成に関する条例」に基づき、気管支ぜん息、慢性気管支炎、ぜん息性気管支炎、肺気しゅ及び各疾患の続発症について、昭和47年10月から医療費助成を実施しています。対象要件を満たす患者さんが助成を受けるためには、条例に基づく申請が必要で、申請書類の1つとして、主治医診療報告書の提出をお願いしております。従来は、気管支ぜん息も含めた1様式でしたが、気管支ぜん息の対象年齢が全年齢に拡大(平成20年8月実施)することを受け、主治医診療報告書の様式の見直しを行い、平成20年5月から主治医診療報告書の様式を「気管支ぜん息用」と「18歳未満を対象とする慢性気管支炎・ぜん息性気管支炎・肺気しゅ用(以下「3疾患用」という。)」の2様式としました。本書については、慢性気管支炎、ぜん息性気管支炎、肺気しゅの3疾患及び各疾患の続発症の医療費助成について、申請時に必要な主治医診療報告書の書き方等を具体的に解説してあります。記載の参考としてご活用をお願いいたします。

(制度の詳細は、《参考1》「東京都大気汚染医療費助成制度の概要」(P16)参照。)

1 「主治医診療報告書」について

- (1) 本書は「18歳未満を対象とする慢性気管支炎・ぜん息性気管支炎・肺気しゅ」に対する主治医診療報告書作成を目的とした手引です(気管支ぜん息に対する主治医診療報告書の作成については、別に手引がありますのでご注意ください。)
- (2) 従来(平成15年1月から)4疾患共通であった「主治医診療報告書」を平成20年5月より疾患別に気管支ぜん息用と、慢性気管支炎、ぜん息性気管支炎、肺気しゅの3疾患用に切替えました。
- (3) 様式の構成は、患者さんの受診状況や症状等を記入する「診療状況等」欄及び診断・治療に際して実施した医学的検査の結果を記入する「医学的検査結果」欄としています。
- (4) 右下の年月日欄は、作成いただいた日付を必ずご記入ください。また、医療機関名欄には、貴院の電話番号をあわせてご記入願います。
- (5) 担当医師氏名欄には、必ず記名押印をお願いします。
- (6) 記入内容について、確認のため問い合わせることがありますので予めご承知おきください。

2 胸部エックス線フィルムの取扱いについて

慢性気管支炎、ぜん息性気管支炎、肺気しゅ及びこれらの疾患の続発症のいずれの場合においても、新規申請では胸部エックス線検査が必須です。

また、いずれの疾病の場合においても、新規申請時には、胸部エックス線フィルムの提出が必要ですので、患者さんへの貸出しをお願いします。

※主治医診療報告書には、申請疾患についての胸部エックス線検査結果を記入してください。

3 制度に関する問い合わせ先

東京都福祉保健局環境保健課業務係

電話 03 (5320) 4491

なお、医療費助成の給付に関するお問い合わせ先は、福祉保健局医療助成課医療給付係
電話 03 (5320) 4454 となります。

I 「主治医診療報告書(3疾患用)」作成要領

1 ぜん息性気管支炎

(1) 概念

ぜん息性気管支炎については、疾病の定義が明らかでないため、診断は容易でないと思われま
す。臨床上では反復性気管支炎、慢性気管支炎、乳児期気管支ぜん息、小児気管支ぜん息軽症
例等がぜん息性気管支炎として扱われている場合がありますが、本医療費助成制度における「ぜん
息性気管支炎」とは、反復性気管支炎として扱われているものを意味し、おおむね次に掲げる症状
ないし所見を示すものです(なお急性気管支炎及び急性細気管支炎は除きます。)。

ア 医師の治療を要する気管支炎を1年以内に4回以上繰り返すこと。

イ 低音性のぜん鳴を伴い、呼吸困難(努力性呼吸)がないか、あっても軽いこと。

ウ 3歳未満の者に多く見られること。

(注) 1) ぜん息性気管支炎は、多くは3歳未満に見られ、また6歳以上では非常にまれと考えら
れます。そのため、ぜん息性気管支炎での新規申請は原則として6歳未満の者を対象とし
ます。

2) ぜん息性気管支炎で認定を受けている場合、認定期間の2年が経過する間に、他の疾
病(気管支ぜん息等)の診断が確定していることが考えられますので、更新は原則として認
められません。

3) 主治医診療報告書の作成に当たっては、診断に至った根拠(検査結果、鑑別診断等)に
ついて、なるべく詳細にご記入ください。特に上記2項の例外に当たる場合には、より詳細
な説明をお願いいたします。

・ 主治医診療報告書の記入内容又は症状詳記、検査結果等について、確認のため資料の
提出依頼や問い合わせをすることがあります。

(2) ぜん息性気管支炎の「診療状況等」の記入方法

① 申請に係る疾病名

上記の「(1)概念」を参考に、ぜん息性気管支炎と診断された場合に主治医診療報告書の申
請に係る疾病欄の「2 ぜん息性気管支炎」に○印を付けてください。

② 発症時期

発症(年齢・時期)について、判明する範囲でご記入ください(診断した医療機関と現在の医療
機関が異なる場合は紹介状や問診にて記載してください。判明しない場合には、不明と記載して
ください。)

(記入例:平成20年8月申請:2歳6ヶ月 発症時期が平成19年9月)

申請に係る 疾病名	1 慢性気管支炎 (2) ぜん息性気管支炎 3 肺気しゅ	発症時期	1 歳 7 か月ごろ 平成19年 9 月ごろ
	4 続 発 症 ()		

③ 最近1年間の上記申請疾病に係る受診状況

ア 入院

入院の有無について記載してください。有の場合には最近1年間の回数を記載してください(入院延べ日数ではないのでご注意ください。)

かぜや肺炎、アレルギー性鼻炎、アトピー性皮膚炎、その他感染症、食中毒など申請疾病以外による入院回数は含みません。

イ 通院

受診回数について記載してください。定期的な受診ではない場合もありますが、最近1年間のおおよその平均回数にて記載してください。入院と同様、かぜや肺炎、アレルギー性鼻炎、アトピー性皮膚炎など申請疾病以外による受診回数は含みません。

* 記入期間は記入する月を含めて最近1年間です。

- 1 年に__回程度:2から3か月に1回など受診間隔が月1回受診よりも受診間隔が長い場合
- 2 月に__回程度:平均して月に1回以上受診している場合
- 3 週に__回程度:平均して週に1回以上受診している場合

(記入例:平成20年8月申請で平成19年9月と10月に1回ずつ入院、通院は平均で2週間に1回程度)

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をして数字を記入してください。)			
入院	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり (2 回)	2 <input type="checkbox"/> なし	
通院	1 <input type="checkbox"/> 年に__回程度	2 <input checked="" type="checkbox"/> 月に2回程度	3 <input type="checkbox"/> 週に__回程度

④ 症状等

ア 「1」から「5」までのうち、該当するものすべてにチェックしてください。

イ 他の症状がある場合はその他特記事項に記載してください

(記入例:すべての項目が該当する場合)

ぜん息性気管支炎で申請する場合は、1から5までのうち該当する症状にチェックしてください(複数選択可)。	
症 状 等	1 <input checked="" type="checkbox"/> ぜん鳴は他の心肺疾患など、明らかな先天性異常、発達異常によらない。
	2 <input checked="" type="checkbox"/> ぜん鳴又はぜん息発作が2年以内にあった。
	3 <input checked="" type="checkbox"/> 主として低音性のぜん鳴を聴取する。
	4 <input checked="" type="checkbox"/> 医師の治療を要する気管支炎を1年に4回以上繰り返している。
	5 <input checked="" type="checkbox"/> 吸気性陥没、鼻翼呼吸、著明な呼吸延長、起座呼吸、チアノーゼなど努力性呼吸はないか、あっても軽い。

⑤ 治療等

- ア 現在の治療内容について、処方(薬品名、量、使用法)等を具体的に記入してください。
- イ 現在の治療内容に加えて、診断に至った経過、理由及び鑑別診断などを記入してください。
- ウ 欄内に記入するのが困難な場合は、症状詳記を添付してください。

(記入例)

治療等	<p>現在の治療内容を薬品名、量及び使用法等について具体的に記載してください。また、診断に至った経過、理由及び鑑別診断についても記載してください。</p> <p>平成19年9月(1歳7ヶ月時)にぜん鳴、咳が止まらないとの主訴で当院受診。診察上、ぜん鳴を聴取し、△(薬品名)□(薬品名)を処方し改善した。2ヶ月に1回は上記気管支炎症状を呈し来院治療を行っており、検査では胸部エックス線フィルム:異常なし、アレルギー検査:CAP-RASTでダニ・ハウスダストは陰性であり、気管支ぜん息の前駆症状に関しては完全に否定できないが、ぜん息性気管支炎と診断した。今後も気管支ぜん息の移行に関しては注意深くフォローしていく予定である。</p>
-----	--

(3) ぜん息性気管支炎の「医学的検査結果」の記入方法

① 「医学的検査結果」欄の性格

「医学的検査結果」欄には、ぜん息性気管支炎の診断・治療に際して一般に実施される検査項目を掲げてあります。実施した医学的検査については、任意検査項目も含めてその結果を記入してください。

② 新規申請の場合の必須検査項目

新規申請の場合、申請疾病別の必須検査は以下のとおりです。検査結果を必ず記入してください。

検査の種類と有効期間

必須検査項目	検査の有効期間 (主治医診療報告書の発行日基準)
【血液検査】 白血球数、血液像(Eo:好酸球%)、非特異的IgE	発行日の過去6か月以内
【アレルギー検査】	
【胸部エックス線検査】	発行日の過去3か月以内

③ 更新申請の場合の検査項目

更新申請の場合は、医学的検査結果の記入は任意です。診断・治療に際しておおむねこの2年間に医学的検査を実施した場合は、検査データを記入してください。

④ 各検査項目の留意点

ア 血液検査(白血球数、血液像(Eo:好酸球%)、非特異的IgE)

新規申請の場合では、必ず検査結果及び検査日を明記してください。

(記入例:平成20年9月10日に検査を行った場合)

血液検査結果		検査日平成20年9月 10日	
白血球数	4000 / μ l	血液像	Eo 1 %
非特異的IgE (検査日平成20年9月10日)		50IU/ml	

イ アレルゲン検査

新規申請の場合では、必ず検査結果及び検査日を記入してください。なお、診断の際に行った検査結果でもかまいません。

(ア) 検査方法は、「A 血液検査(特異的IgE抗体、その他)」又は「B 皮膚テスト(スクラッチ、プリック、皮内)」のいずれかを選択して、実施したものに○印を付けてください。検査方法の選択については、患者さんまたは保護者の同意を得た上で、必要と思われるものについて検査をお願いします。

(イ) 「A 血液検査(特異的IgE抗体、その他)」、「B 皮膚テスト(スクラッチ、プリック、皮内)」のいずれかを選択した場合に、「1 ダニ」又は「2 ハウスダスト」のいずれか1つは必須とします。

(ウ) 検査結果(判定)は、上記(イ)に加え判定欄の「1 陽性」、「2 疑陽性」及び「3 陰性」のいずれかに○印を付けてください。実施した検査のうち一つでも陽性があれば「1 陽性」としてください。

(記入例)

アレルゲン検査結果		検査日 20年 5月 1日	
検査方法	(いずれかを選択) A 血液検査 〔特異的IgE抗体 その他()〕	検査結果	1 陽性
	B 皮膚テスト 〔スクラッチ、プリック、 皮内〕		2 疑陽性
			③ 陰性

ウ 呼吸機能検査(任意検査)

呼吸機能検査は新規、更新ともに必須検査ではありませんが、検査データがありましたら記入してください。また、カッコ内は、正常予測値との比率(%)を記載してください。

2 慢性気管支炎

(1) 概念

小児における慢性気管支炎については、疾病の定義が明らかでないため、本医療費助成制度における「慢性気管支炎」とは、慢性・持続性の喀痰を伴った咳が、少なくとも6か月間以上ほとんど毎日症状が持続するもので、気管支ぜん息が除外できるものをいいます。

(注) 1) 「咳は出るが痰はほとんど出ない」、「ときどき咳がでるだけ」といったものは、慢性気管支炎ではないと考えられます。

2) 小児では非常にまれと考えられますので、主治医診療報告書の作成に当たっては、診断に至った根拠(検査結果、鑑別診断等)について、その他の特記事項の欄になるべく詳細な御記入をお願いします。

(2) 慢性気管支炎の「診療状況等」の記入方法

① 申請に係る疾病

上記の「(1)概念」を参考に、慢性気管支炎と診断した場合に主治医診療報告書の申請に係る疾病欄の「1 慢性気管支炎」に○印を付けてください。

② 発症時期

発症(年齢・時期)について、判明する範囲でご記入ください(診断した医療機関と現在の医療機関が異なる場合は紹介状や問診にて記載してください。判明しない場合には、**不明**と記載してください。)

(記入例:平成20年8月申請:13歳 慢性気管支炎で、発症時期が平成18年10月)

申請に係る	① 慢性気管支炎 2 ぜん息性気管支炎 3 肺気しゅ	発症時期	11歳	か月ごろ
疾病名	4 続発症()		平成18	年10月ごろ

③ 最近1年間の上記申請疾病に係る受診状況

ア 入院

入院の有無について記載してください。有の場合には**最近1年間の回数**を記載してください(入院延べ日数ではないのでご注意ください。)

かぜや肺炎、アレルギー性鼻炎、アトピー性皮膚炎、その他骨折、食中毒などの申請疾病以外による入院回数は含みません。

イ 通院

受診回数について記載してください。定期的な受診ではない場合もありますが、最近1年間のおおよその平均回数にて記載してください。入院同様、かぜや肺炎、アレルギー性鼻炎、アトピー性皮膚炎などの申請疾病以外による受診回数は含みません。

* 記入期間は記入する月を含めて最近1年間です。

- 1 年に__回程度:2から3か月に1回など受診間隔が月1回受診よりも受診間隔が長い場合
- 2 月に__回程度:平均して月に1回以上受診している場合
- 3 週に__回程度:平均して週に1回以上受診している場合

(記入例:平成20年8月申請で平成19年12月、平成20年1月、2月に各月1回ずつ入院、通院は平均で1週間に1回程度)

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をして数字を記入してください。)			
入院	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり (3 回)	2 <input type="checkbox"/> なし	
通院	1 <input type="checkbox"/> 年に__回程度	2 <input type="checkbox"/> 月に__回程度	3 <input checked="" type="checkbox"/> 週に__回程度

④ 症状等

- ア 「6」、「7」のうち、該当するものすべてにチェックしてください。
- イ 他の症状がある場合はその他特記事項に記載してください。

(記入例:すべての項目が該当する場合)

慢性気管支炎で申請する場合は、6及び7のうち該当する症状にチェックしてください(複数選択可)。	
症状等	6 <input checked="" type="checkbox"/> 湿性咳嗽(しっせいがいそう)が6か月以上持続する。
	7 <input checked="" type="checkbox"/> 気管支ぜん息ではない。

⑤ 治療等

- ア 現在の治療内容について、処方(薬品名、量、使用法)等を具体的に記入してください。
- イ 現在の治療内容に加えて、診断に至った経過、理由及び鑑別診断について記入してください。
- ウ 欄内に記入するのが困難な場合は、症状詳記を添付してください。

(記入例)

治療等	<p>現在の治療内容を薬品名、量及び使用法等について具体的に記載してください。また、診断に至った経過、理由及び鑑別診断についても記載してください。</p> <p>平成18年10月(10歳時)に痰を伴った咳が止まらないとの主訴で当院受診。胸部エックス線フィルム:異常なし、アレルギー検査:CAP-RASTでダニ・ハウスダストは陰性、採血では白血球6000、CRP0.1であり、診察では湿性咳嗽認めるも、ぜん鳴を聴取せず、感染症や気管支ぜん息は否定した。気管支炎にて△(薬品名)□(薬品名)を処方するもなかなか改善せず、1週間に1回以上は上記気管支炎症状を呈し治療を行っており、症状増悪し年3回入院した。湿性咳嗽が6ヶ月以上継続するため、慢性気管支炎と診断した。</p>
-----	---

(3) 慢性気管支炎の「医学的検査結果」の記入方法

① 「医学的検査結果」欄の性格

「医学的検査結果」欄には、対象疾病の診断・治療に際して一般に実施される検査項目を掲げてあります。実施した医学的検査については、任意検査項目も含めてその結果を記入してください。

② 新規申請の場合の必須検査項目

新規申請の場合、申請疾病別の必須検査は以下のとおりです。検査結果を必ず記入してください。

検査の種類と有効期間

必須検査項目	検査の有効期間 (主治医診療報告書の発行日基準)
【血液検査】 白血球数、血液像(Eo:好酸球%)、非特異的IgE	発行日の過去6か月以内
【アレルゲン検査】	
【胸部エックス線検査】	発行日の過去3か月以内

③ 更新申請の場合の検査項目

更新申請の場合は、医学的検査結果の記入は任意です。診断・治療に際して医学的検査を実施した場合は、検査データを記入してください。

④ 各検査項目の留意点

ア 血液検査(白血球数、血液像(Eo:好酸球%)、非特異的IgE)

新規申請の場合では、必ず検査結果を記入してください。検査日を明記してください。

(記入例:申請日平成20年9月、平成20年9月10日に検査を行った場合)

① 血液検査結果		検査日平成20年9月 10日	
白血球数	6000 / μ l	血液像	Eo 2 %
非特異的IgE (検査日平成20年9月10日)		50IU/ml	

イ 「アレルゲン検査結果」

新規申請の場合では、必ず検査結果を記入してください。検査日を明記してください。

(ア) 検査方法は、「A 血液検査(特異的IgE抗体、その他)」又は「B 皮膚テスト(スクラッチテスト、プリックテスト、皮内反応)」のいずれかを選択して、実施したものに○印を付けてください(検査方法の選択については、患者さんまたは保護者の同意を得た上で、必要と思われるものについて検査をお願いします。)

(イ) 「A 血液検査(特異的IgE抗体、その他)」、「B 皮膚テスト(スクラッチ、プリック、皮内)」のいずれかを選択した場合に、「1 ダニ」又は「2 ハウスダスト」のいずれか1つは必須とします。

(ウ) 検査結果(判定)は、上記(イ)に加え判定欄の「1 陽性」、「2 疑陽性」及び「3 陰性」のいずれかに○印を付けてください。実施した検査のうち一つでも陽性があれば「1 陽性」としてください。

(記入例)

アレルギー検査結果		検査日 20年 5月 1日	
検査方法	(いずれかを選択) A 血液検査 〔特異的IgE抗体 その他()〕	検査結果	① ダニ
	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

ウ 呼吸機能検査(任意検査)

呼吸機能検査は新規、更新ともに必須検査ではありませんが、検査データがありましたら記入してください。また、カッコ内は、正常予測値との比率(%)を記載してください。

3 肺気しゅ

肺気しゅについては、小児の場合では先天性 α 1アンチトリプシン欠損症によるものを含めても極めてまれと考えられます。

肺気しゅにおいては、必須検査として呼吸機能検査(発行日の過去1か月以内、ただし7歳未満は省略可能)と胸部エックス線検査(発行日の過去3か月以内)を行い、「治療等」に処方(薬品名、量、使用法)、診断に至った症状、検査結果(α 1アンチトリプシン、呼吸機能検査など)、経過、理由及び鑑別診断について等を具体的に記入してください。

(注) 1) 小児では極めてまれと考えられますので、診断に至った根拠(検査結果、鑑別診断等)について、なるべく詳細なご記入をお願いします。

2) 主治医診療報告書の記入内容又は症状詳記、検査結果等について、確認のため資料の提出依頼や問い合わせをすることがあります。

4 続発症

本医療費助成の対象となる続発症は、認定されている対象疾病を原疾病とする疾病です。具体的には、肺気腫を原疾病として二次的に起こる「肺性心」等が挙げられますが、限られたものです。

感冒(かぜ症候群)やインフルエンザ、肺炎、気管支炎、あるいはアレルギー性鼻炎、アトピー性皮膚炎、そして薬剤の副作用による胃潰瘍等、対象疾病に併発した疾病等は、対象疾病の続発症ではありません。

- (注) 1) 主治医診療報告書の作成に当たっては、診断に至った根拠(検査結果、鑑別診断等)について、詳細にご記入ください。
- 2) 主治医診療報告書の記入内容又は症状詳記、検査結果等について、確認のため資料の提出依頼や問い合わせをすることがあります。

II Q&A

1 60歳で慢性気管支炎にて申請したいのだが、申請可能か。

(答) ぜん息性気管支炎、慢性気管支炎、肺気しゅについて、本医療費助成制度では、18歳未満を対象としており、60歳の方の慢性気管支炎は対象となりません。

平成20年7月31日までは、気管支ぜん息も含めた4疾患について、18歳未満を対象としていました。平成20年8月より、東京大気汚染訴訟の和解に基づき、気管支ぜん息は全年齢に制度拡大されましたが、気管支ぜん息以外の3疾患(ぜん息性気管支炎、慢性気管支炎、肺気しゅ)は引き続き18歳未満が対象となります。

2 7歳で、ぜん息性気管支炎についての申請は可能か。

(答) ぜん息性気管支炎については、疾病の定義が明らかでないため、診断は容易でないと思われれます。臨床上では反復性気管支炎、慢性気管支炎、乳児期気管支ぜん息、小児気管支ぜん息軽症例等がぜん息性気管支炎として扱われている場合がありますが、本医療費助成制度における「ぜん息性気管支炎」とは、反復性気管支炎として扱われているものを意味し、おおむね次に掲げる症状ないし所見を示すものです。(なお急性気管支炎及び急性細気管支炎は除きます。)

ア 医師の治療を要する気管支炎を1年以内に4回以上繰り返すこと。

イ 低音性のぜん鳴を伴い、呼吸困難(努力性呼吸)がないか、あっても軽いこと。

ウ 3歳未満の者に多く見られること。

ぜん息性気管支炎は、多くは3歳未満に見られ、また6歳以上では非常にまれと考えられます。ぜん息性気管支炎での新規申請は、原則として6歳未満の者が対象となります。

3 ぜん息性気管支炎、慢性気管支炎で血液検査とアレルギー検査、胸部エックス線検査がなぜ必要なのか。

(答) 医学的検査結果については、本医療費助成制度の各対象疾病について診断に必要なと思われる事項を必須としています。

小児ではまれである「ぜん息性気管支炎、慢性気管支炎」においては、り患数の多い気管支ぜん息との鑑別は重要です。

・アレルギー検査については気管支ぜん息との鑑別診断に必要です。

・胸部エックス線検査は、気管支ぜん息、肺炎等の類似疾患かどうかをチェックするために活用するものであり、認定審査に欠かせないものです。

4 ぜん息性気管支炎の認定患者に、気管支ぜん息として診断を確定した場合、疾病変更は更新の手続でよいのか。

また、「ぜん息性気管支炎の更新は原則として認められない」とされているが、更新時にもぜん息性気管支炎であるとの診断を行った場合は、更新申請してよいか。

(答) ぜん息性気管支炎から気管支ぜん息等に認定疾病を変更する場合は、新たに確定した病名で改めて新規申請することになります。そのため、胸部エックス線検査やアレルギー検査等の医学的検査が必要となります。

また、ぜん息性気管支炎については、認定を受けてから2年経過する間に、他の疾病(気管支ぜん息等)の診断が確定していることが考えられますので、更新は原則として認められません。新たに確定した病名(気管支ぜん息等)による新規申請をしてください。ただし、2年が経過した後であっても、ぜん息性気管支炎と診断される場合には、診断に至った経過、理由、鑑別診断を主治医診療報告書の「治療等」欄に詳しく記入してください。

なお、主治医診療報告書の記入内容又は症状詳記、検査結果等について、確認のため問い合わせることがあります。

新規・更新 ※新規又は更新に○印を付けて下さい。

主治医診療報告書（18歳未満を対象とする慢性気管支炎・ぜん息慢性気管支炎・肺炎しゅ用）

氏名	男・女	生年月日	年	月	日
住所	(満) 歳 か月ごころ				

診療状況等		
申請に係る疾病名	1 慢性気管支炎 2 ぜん息慢性気管支炎 3 肺炎しゅ 4 続発症()	発症時期 歳 か月ごころ
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をして数字を記入してください。)		
入院	1 □ あり (回)	2 □ なし
通院	1 □ 年に 回 程度	2 □ 月に 回 程度
3 □ 週に 回 程度		
ぜん息慢性気管支炎で申請する場合は、1から5までのうち該当する症状にチェックしてください(複数選択可)。		
症 状 等	1 □ ぜん息発作が2年以内にあった。	
	2 □ ぜん息発作が2年以上にわたって頻りにあった。	
	3 □ 主として低音性のぜん息発作を聴取する。	
	4 □ 医師の治療を要する気管支炎を1年に4回以上繰り返している。	
	5 □ 吸気性陥没、鼻翼呼吸、著明な呼吸延長、起座呼吸、チアノーゼなど努力性呼吸はないが、あっても軽い。	
慢性気管支炎で申請する場合は、6及び7のうち該当する症状にチェックしてください(複数選択可)。		
6 □ 湿性咳嗽(しっせいがいそう) が6か月以上持続する。		
7 □ 気管支ぜん息ではない。		

治 療 等	現在の治療内容を薬品名、量及び使用法等について具体的に記載してください。また、診断に至った経過、理由及び鑑別診断についても記載してください。
-------	--

(注) 診療状況等は現在の治療の内容について記載してください。

医学的検査結果 (注)1	
血液検査結果	検査日 年 月 日
白血球数 /μl	血液像 Eo %
非特異的IgE (検査日 年 月 日)	IU/ml
胸郭エックス線検査結果	
撮影日 年 月 日	
<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 病的所見あり <input type="checkbox"/> 手術痕 <input type="checkbox"/> 陳旧性陰影 <input type="checkbox"/> 心拡大 <input type="checkbox"/> その他の病的所見()	
その他の病的所見にチェックされた場合は、申請に係る疾病との鑑別について御記入ください。	
アレルギー検査結果	
(いずれかを選択)	検査日 年 月 日
A 血液検査	1 ダニ
[特異的IgE抗体]	検査結果
その他()]	2 ハウスダスト
B 皮膚テスト	
[スクラッチ、プリック、皮内]	
呼吸機能検査結果 (注)2	
検査日 年 月 日	検査日 年 月 日
VC ml (%)	DLEO %
FEV1.0 ml (%)	V50 %
FEV1.0% %	V25 %
その他特記事項	
新規申請の場合は、次の検査結果を必ず記入してください。 (1) ぜん息慢性気管支炎、慢性気管支炎の新規申請 ① 血液検査結果及びアレルギー検査結果(過去6か月以内の検査結果) ② 胸郭エックス線検査結果(過去3か月以内の検査結果) (2) 肺炎しゅの新規申請 ① 呼吸機能検査結果(過去1か月以内の検査結果、7歳未満は省略可) ② 胸郭エックス線検査結果(過去3か月以内の検査結果) (注)1 更新申請の場合、医学的検査結果の記入は任意です。診断・治療に際して、実施した検査がある場合は、検査データを記入して下さい。 2 カッコ内は、正常予測値との比率(%)を記載してください。	

上記のとおり報告します。 年 月 日

医療機関名

医療機関所在地

担当医師 氏名

《 参考1 》 東京都大気汚染医療費助成制度の概要

大気汚染の影響を受けると推定される疾病にかかった者に対して、医療費を助成することにより、その者の健康障害の救済を図ることを目的にしています。

1 対象疾病

認定(助成)の対象となる疾病は、気管支ぜん息及びその続発症(18歳未満の者は、気管支ぜん息のほかに、慢性気管支炎、ぜん息性気管支炎、肺気しゅ及びそれらの続発症)です。これらの疾病以外に認定(助成)の対象となる疾病はありません。

* 続発症とは、上記の4疾患を原疾患として二次的に起こりうる疾患です。具体的には重症気管支ぜん息、肺気しゅ等を原疾患とする肺性心等をいい、認定権者(東京都知事又は特別区長若しくは八王子市長)が大気汚染障害者認定審査会の意見を聞いて認定したものに限りです。

2 医療費助成の対象者

次の要件をすべて満たす者が助成対象者となります。

- (1) 現に対象疾病にかかっている者(慢性気管支炎、ぜん息性気管支炎、肺気しゅ及びそれらの続発症については18歳未満の者に限る。)
- (2) 東京都内に引き続き1年(3歳未満は6か月)以上住所を有する者
- (3) 医療保険に加入している者
- (4) 喫煙していない者

3 患者(疾病)の認定

助成対象者から申請があった場合、認定権者が認定審査会の意見を聞いて認定又は非認定を決定します。

認定を受けた者には疾病名が記載された医療券が交付されます。

4 医療費の助成範囲

患者が健康保険証と医療券を提示して認定疾病の治療や投薬等を受けたとき、医療保険適用後の自己負担額(入院時の食事療養標準負担額及び生活療養標準負担額を除く。)が東京都から助成されます。

助成の範囲は、医療券に記載された気管支ぜん息等四つの認定疾病に対する治療や投薬等に限られ、風邪、インフルエンザ、肺炎、気管支炎、アトピー性皮膚炎、アレルギー性鼻炎等は助成の対象外です。

助成の範囲の詳細については、「東京都大気汚染医療費助成制度 公費請求の手引」をご覧ください。(資料請求先:東京都福祉保健局環境保健課 電話 03(5320)4491)

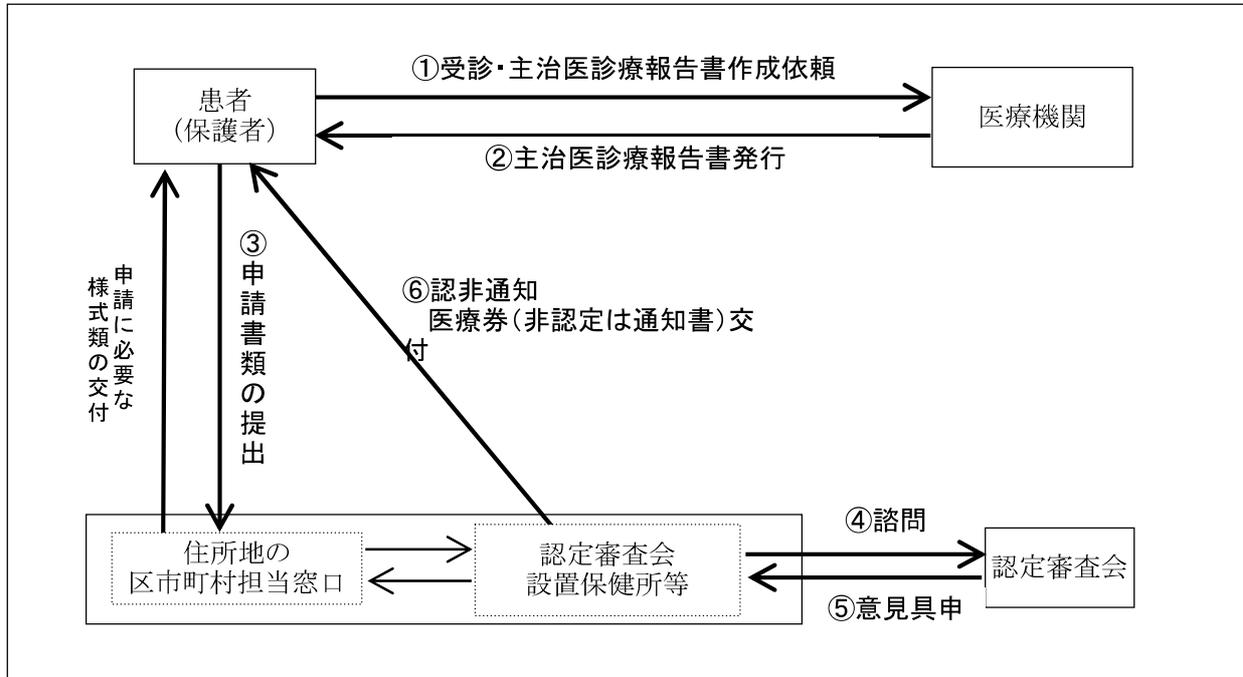
5 医療費の助成方法

医療保険適用後の自己負担額を認定患者に代わり医療機関、調剤薬局に支払います。ただし、医療券を忘れるなどして患者が医療機関窓口で自己負担額を支払ったときは、医療機関の証明のある「医療費支給申請書兼口座振替依頼書」を患者が都に提出することにより、後日医療費助成を受けることができます。

《参考2》 申請手続の流れ

(18 歳 未 満 を 対 象 と す る 3 疾 患 用)

1 大気汚染医療費助成の申請手続の流れ



2 申請書類一覧

主治医診療報告書 <18歳未満を対象とする3疾患用>	<ul style="list-style-type: none"> 主治医が作成する様式 対象疾病：慢性気管支炎、ぜん息性気管支炎、肺気しゅ及びこれらの疾患の続発症
胸部エックス線フィルム添付	<ul style="list-style-type: none"> 必須提出
認定申請書	<ul style="list-style-type: none"> 患者・申請者(保護者)が作成する様式 保健対策の参考とするためのアンケートにご協力ください
健康・生活環境に関する質問票	
住民票(住所を確認できる書類)	<ul style="list-style-type: none"> 都内に1年以上(3歳未満は6か月)住所を有すること
健康保険証等の写し	<ul style="list-style-type: none"> 健康保険等に加入していること