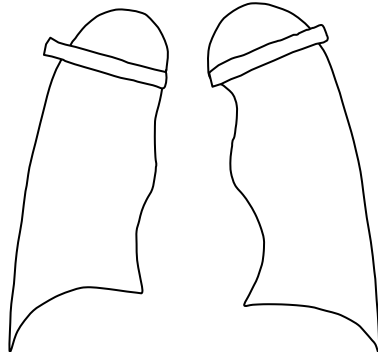


氏 名	男 ・ 女	生年 月 日	大・昭・平・令 年 (満 才)	月	日
住 所					

診療状況等			
申請に係る 疾病名	1 ☐ 気管支ぜん息		
	発症時期： 歳 か月頃 ☐ 不 詳 ☐ ①現在も症状継続 ☐ ②一度症状が消え、 歳で再発		
	2 ☐ 続発症： ☐ 肺性心、 ☐ 他() (発症時期： 歳 か月頃、 ☐ 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 ☐ あり (回：最近の入院時期 年 月) 2 ☐ 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。 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。 3 症状や検査結果からみて、気道が過敏である。 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。 ☐ 上記項目1から4まで全て該当する。 ☐ 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☐ 2☐ 3☐ 4☐ 【理由】		
現在の気管支治療（複数に選択可）	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()	
	最近1年間の症状	1 ☐ なし	2 ☐ 年に数回
4 ☐ 1回/週以上、1回/日未満		5 ☐ 毎日/生活に制限なし	6 ☐ 毎日/生活に制限あり
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		

新規・更新
18歳未満のみ

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_____ / μ l, 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		③胸部エックス線検査結果		
(いづれかを選択)		撮影日: 令和_____ 年 _____ 月 _____ 日(6ヶ月以内)		
(検査した項目を選択)				
A ☐ 血液検査				□ 異常なし □ 所見あり――↓
☐ 特異的IgE抗体 ☐ その他 ()				
1 ☐ ダ $\left\{ \begin{array}{l} 1 \square \text{陽 性 (+)} \\ 2 \square \text{疑陽性 (±)} \\ 3 \square \text{陰 性 (-)} \end{array} \right.$		* 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)		
B ☐ 皮膚テスト				
☐ スクラッチ ☐ プリック ☐ 皮内				
2 ☐ ハウスダスト $\left\{ \begin{array}{l} 1 \square \text{陽 性 (+)} \\ 2 \square \text{疑陽性 (±)} \\ 3 \square \text{陰 性 (-)} \end{array} \right.$				
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)				

令和 年 月 日

医療機関所在地

医療機関電話番号

担当医師 氏名

印

參考資料