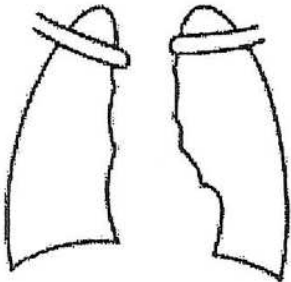


成人ぜん息患者医療費助成主治医診断報告書（新規）

氏 名		生年月日	年 月 日	年齢	歳
住 所					

診 療 状 況													
申 請 に 係 る 疾 病 名		気管支ぜん息			発病時期		年 月頃 (歳頃)						
上記疾病に係る受診状況（最近1年間の受診日数について記入してください。）													
年／月		／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／
日 数	入院	日	日	日	日	日	日	日	日	日	日	日	日
	入院外	日	日	日	日	日	日	日	日	日	日	日	日
喫煙状況		☐ 喫煙している。（1日約 本） ☐ 以前は喫煙していたが、現在は喫煙していない。（ 歳まで喫煙） ☐ 喫煙したことがない。					病歴		☐ アトピー性皮膚炎 ☐ 小児ぜん息 ☐ 花粉症 ☐ その他アレルギー疾患 ()				
症状等		気管支ぜん息と診断される根拠となる症状等を記入してください。											
治療等		気管支ぜん息に係る現在の治療内容（薬品名、使用方法等）を具体的に記入してください。											

医学的検査結果									
必須検査	アレルギー検査（検査日 年 月 日）					胸部エックス線検査（撮影 年 月 日）			
	検査方法	1 RAST		検査結果	1 ダニ ※6ヶ月以内 ⇒クラス ()		 ※3ヶ月以内 ☐ 異常あり ☐ 異常なし ※直接撮影に限る。		
		2 MAST			2 ハウスダスト ⇒クラス ()				
		3 その他 ()			1 陽性 2 疑陽性 3 陰性 (1つでも陽性があれば陽性に○)				
I g E - R I S T (検査日 年 月 日) ※6ヶ月以内		IU/ml			所見				
血液検査 ※必須ではありません。（検査日 年 月 日）									
赤血球数		/mm ³							
白血球数		/mm ³							
血液像 (%)	Eo	St	Seg	Ly	Mon	Bas	その他特記事項		

上記のとおり報告します。
年 月 日
医療機関名
所在地
医師氏名

医療機関の方へ（主治医の先生へ）

川崎市では、20歳以上の気管支ぜん息患者を対象として成人ぜん息患者医療費助成事業を実施しております。この事業は、川崎市内の病院、診療所、調剤薬局において、気管支ぜん息の保険医療費（一部の医療を除く。）の一部を助成する制度です。

川崎市外の医療機関で受診された場合でも、川崎市内の調剤薬局で処方を受けた場合、調剤分については、この制度の助成を受けることができます。

なお、令和6年3月末をもって廃止となり、経過措置として既存の対象の方は令和8年3月末まで更新が可能となっています。

○ 主治医診断報告書について

患者さんが助成の申請をされる場合は主治医の先生の診断が必要です。この制度では、診断書に替わる様式として、「成人ぜん息患者医療費助成主治医診断報告書」を定めております。

この主治医診断報告書は、患者さんが本制度の認定を受けるための申請や更新の際に市に提出していただく書類で、患者さんの受診状況や症状の「診療状況」及びアレルギー検査結果（6ヶ月以内のもの）と胸部エックス線検査結果（3ヶ月以内のもの）の「医学的検査結果」について、主治医の先生からご報告いただくものです。各医療機関所定の診断書では認定できませんので、ご協力をお願いいたします。

なお、喫煙している患者さんには、気管支ぜん息の治癒に向け、禁煙していただくことを要件としております。つきましては、喫煙状況のチェック欄を設けておりますので、患者さんへの聞き取りをもとにご記入くださいますようお願いいたします。

※更新申請の際には、医学的検査の報告は不要です。

ご不明な点につきましては、環境保健・アレルギー疾患対策課までお問い合わせください。

川崎市健康福祉局環境保健・アレルギー疾患対策課

電話（044）200－2487