第２号様式

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	川崎市				

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。		

※ アレルゲン検査・IgE-RIST は６ヶ月以内、胸部エックス線検査は３か月以内の検査結果を記載してください。

医学的検査結果

必須検査

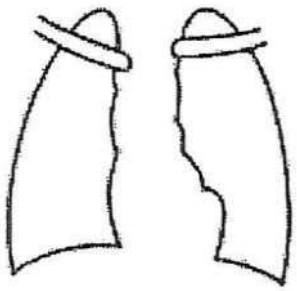
アレルゲン検査（検査日　　年　月　日）

検査方法	１ RAST ２ MAST ３ その他 （　　）	検査結果	１ ダニ　※６ヶ月以内 ⇒ クラス（　　） ２ ハウスダスト ⇒ クラス（　　） １ 陽性 ２ 疑陽性 ３ 陰性 （1つでも陽性があれば陽性に○）

ＩｇＥ－ＲＩＳＴ（検査日　年　月　日）※６ヶ月以内	IU/ml

胸部エックス線検査（撮影　　年　月　日）

※３ヶ月以内



□ 異常あり

□ 異常なし

※ 直接撮影に限る。

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	/mm³
白血球数	/mm³

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