

成人ぜん息患者医療費助成主治医診断報告書（更新）

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	<input type="checkbox"/> 喫煙している。（1日約 本） <input type="checkbox"/> 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） <input type="checkbox"/> 喫煙したことがない。					病 歴	<input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> 小児ぜん息 <input type="checkbox"/> 花粉症 <input type="checkbox"/> その他アレルギー疾患 ()						
症 状 等	気管支ぜん息に係る現在の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。												

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

※ 1割負担の健康保険証・高齢受給者証等をお持ちの方や全額自己負担のない方は、この制度の対象外ですので更新手続きができません。