

ゾレア[®]皮下注射投与に関する質問票

江戸川区公害健康被害補償診療報酬審査会

審査の参考とさせていただきますので、以下にご記入の上、レセプトに添付してください。

1 難治性の気管支喘息患者ですか。 (はい ・ いいえ)
(既存治療においても喘息症状コントロール不能な難治患者)

2 通年性吸入抗原に対して陽性を示す患者ですか。 (はい ・ いいえ)

3 初回投与前の血清中総 IgE 濃度と体重を記入してください。
(投与量換算表の基準内であれば可)

総 IgE 濃度 (IU/mL) ・ 体重 (kg)

4 高用量の吸入ステロイド薬及び複数の喘息治療薬を併用しても、下記の症状のいずれかが改善しないか。

* 喘息に起因する明らかな呼吸機能低下 (FEV1.0(1 秒量)) (はい ・ いいえ)
が予測正常値に対し、80%未満である。

* 毎日喘息症状が観察される。 (はい ・ いいえ)

* 週 1 回以上、夜間症状が観察される。 (はい ・ いいえ)

5 その他、具体的な症状および治療経過の詳細をお願いします。

令和 年 月 日

医療機関 所在地 :

名 称 :

担当医 :