エキシデンサー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　重症難治性（既存治療においても喘息症状コントロール不能）な患者ですか。
（　は　い　・　いいえ　）

2　高用量の吸入ステロイドとその他の長期管理薬を併用していますか。
（　は　い　・　いいえ　）

3　過去１２か月間に入院または救急外来受診の喘息増悪を２回以上経験していますか。
（　は　い　・　いいえ　）

4　全身性ステロイド薬を連用投与していますか。　（　は　い　・　いいえ　）

5　今月投与日⇒令和　　年　　月　　日　(前回投与日　令和　　年　　月　　日)

6　症状および治療経過の詳記をお願いします。

令和　　年　　月　　日

医療機関　所在地：
名　称：
担当医：　　㊞