

テゼスパイア 使用開始について

2023.3.16 作成
中央区公害健康被害補償診療報酬審査会

患者氏名

生年月日

年

月

日

1. 次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの医師要件ア」から「医師要件ウ」までのうち該当するものに○を付ける。
- ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、3年以上の気管支喘息に関する呼吸器科診療の臨床研修を含む4年以上の臨床経験を有していること。
- イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、3年以上の気管支喘息に関するアレルギー診療の臨床研修を含む4年以上の臨床経験を有してること。
- ウ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、3年以上の小児科診療の臨床研修かつ3年以上の気管支喘息に関するアレルギー診療の臨床研修を含む4年以上の臨床研修を有していること。

2. 本製剤投与前の長期管理薬による治療の状況及び投与理由

開始前患者状態

体重		kg	喘息症状（日中及び夜間）		回/週
抗IgE値		IU/ml	運動を含む活動制限	あり	なし
血中好酸球数		/μL	過去1年における		
PEF		L/min	予定外受診		回/年
FEV ₁		%	救急受診		回/年
			発作入院		回/年

開始前処方薬剤	薬剤名	用量
吸入薬		
テオフィリン徐放製剤		mg/日
経口ステロイド薬		mg/日
その他		

投与開始日

年

月

日

テゼスパイアを選択した理由

引用文献
保医発1115第10号令和4年11月15日付 テゼペルマブ（遺伝子組換え）に係る最適使用推進ガイドラインの策定に伴う留意事項について
参考文献
喘息予防・管理ガイドライン2021

記入日

年

月

日

医療機関名

担当医師名

提出・問い合わせ先

〒104-0044 東京都中央区明石町1-2-1 中央区保健所健康推進課給付係

電話 03（3546）5400