

e. JADA 吸入ベータ2作用薬使用に関する情報提供書

JADA 吸入ベータ2作用薬使用に関する情報提供書

医師が記載し、競技者は本書類を TUE 申請書とともに JADA へ提出してください

1. 競技者に関する情報

競技者名： 性別： 男性 女性 競技：

生年月日： 年 月 日 年齢： 満 歳

2. 疾患に関する情報

診 断： 気管支喘息、 運動誘発性気管支攣縮、 その他 ()

発症年齢：

現在の呼吸器症状（運動関連を含む）：あれば、○をつけてください

咳 喀痰 息切れ 喘鳴 発作性の呼吸困難 胸部圧迫感 夜間から朝方にかけての症状の増悪
その他 ()
増悪因子：寒冷 運動 ほこり 匂い カゼ 疲労 アルコール その他 ()

小児喘息もしくはアトピー性疾患の既往：あれば、○をつけてください

小児喘息 アトピー性皮膚炎 アトピー性鼻炎 アトピー性結膜炎

医師による診察所見（過去の所見も含む）：

これまでの喘息治療の詳細（医師名、薬剤、投与期間、発作による救急外来受診歴・入院歴、わかる範囲で詳細に記載）

過去3ヶ月間の喘息治療薬：

吸入薬 注射薬
内服薬 貼付薬
その他

アレルギー検査： 非特異的 IgE IU/mL

特異的 IgE マルチアレルゲン（吸入系）： 陽性、 陰性

特異的 IgE マルチアレルゲンが陽性ならば、陽性抗原に○をつけてください

ダニ、ハウスダスト、ブタクサ、ハルガヤ、スギ、ネコフケ、イヌフケ、カンジダ、その他 ()

末梢血好酸球 個/ μ L、 %

皮内反応検査：有意な抗原があれば記載してください

3. 肺機能検査に関する情報

気管支喘息が疑われる場合には、まずスパイロメトリーを実施します。この際の努力肺活量 FVC に対する 1 秒量をベースライン（前値）とします。ついで、下記検査を行い、気道可逆性もしくは気道過敏性を証明します。

初回 TUE 申請時には、スパイロメトリーおよび下記試験は 1 年以内に実施されたものを有効とし、フローボリューム曲線のコピーを必ず提出してください。再度の申請時には少なくともスパイロメトリー結果を提出してください。

1) スパイロメトリーで気道閉塞性障害（努力肺活量 FVC に対する 1 秒量の比が 85%未満）を認めた場合

・気道可逆性試験：定量噴霧器にてサルブタモール 200 μ g 吸入 20 分後にスパイロメトリーを行い、1 秒量がベースライン（前値）より 12%以上、かつ 200mL 以上の改善があれば、気道可逆性試験陽性とします。陽性とならなければ、再度同様に 200 μ g 吸入させ、同様に 1 秒量を測定してください。気道可逆性試験前後のフローボリューム曲線のコピーを提出して下さい。

2) スパイロメトリーで気道閉塞性障害がない、もしくは気道可逆性試験が陰性の場合

・メサコリン吸入試験：1 秒量がベースライン（前値）の 80%となる吸入メサコリン濃度を PC20 といいます。吸入ステロイド薬非使用もしくは 1 カ月以内の使用の競技者では PC20 が 4.0mg/mL 以下、吸入ステロイド薬 1 カ月以上の使用の競技者では PC20 が 16.0mg/mL 以下であれば、メサコリン吸入試験陽性、気道過敏性試験陽性とします。メサコリン吸入試験終了後に定量噴霧器にてサルブタモールを吸入させ、気道狭窄状態を改善させますが、その際の 1 秒量の改善率が 12%以上で、かつ 200mL 以上であっても気道可逆性試験陽性とはしません。メサコリン吸入試験前および 1 秒量が最も低下したときのフローボリューム曲線のコピーを提出して下さい。

・運動負荷試験：運動を 8 分間（後半の 4 分間はおおむね最大酸素摂取量 90%以上の運動強度とする）させた後、30 分以内に 1 秒量がベースライン（前値）の 10%以上低下すれば、運動負荷試験陽性とします。運動終了後 3 分以内に、運動後初回のスパイロメトリーを行ってください。運動前および 1 秒量が最も低下したときのフローボリューム曲線のコピーを提出してください。

3) 上記試験で陰性の場合には、詳細な病歴や検査結果を参考にして審査します。

・気道可逆性試験：

実施日 年 月 日

実施医師名 実施医療機関名

前値 1 秒量 L、サルブタモール吸入後 1 秒量 L、改善率 %、改善量 mL

・メサコリン吸入試験：どちらの競技者か○をつけてください

吸入ステロイド薬非使用もしくは使用 1 カ月以内の競技者、吸入ステロイド薬使用 1 カ月以上の競技者

実施日 年 月 日

実施医師名 実施医療機関名

PC20 mg/mL

・運動負荷試験：

実施日 年 月 日

実施医師名 実施医療機関名

前値 1 秒量 L、運動終了後 分 1 秒量 L、低下率 %

4. 医師に関する情報（検査実施医療機関とは異なる場合もあります）

医師氏名 医師署名 署名日 年 月 日

医療機関名

電話番号

ファックス番号

電子メール