

## 気管支喘息治療に関する TUE 申請のための情報提供書

## Check list for the TUE application in relation to the bronchial asthma treatment

患者氏名(アスリート氏名)

## 1. TUE 申請が必要な治療にチェックをいれてください

Please choose what you are applying for TUE.

- ☐ サルブタモール・サルメテロール・ホルモテロール・ビランテロールの吸入以外のベータ作用剤の使用  
Administration of beta stimulants other than inhalation of salbutamol, salmeterol, formoterol or Vilanterol.  
サルブタモール・ホルモテロールと利尿薬或いは隠蔽薬(2023 年禁止表[S5.利尿薬および隠蔽薬])との併用  
Administration of salbutamol or formoterol with diuretics or masking agents.

競技会時における糖質コルチコイドの経口, 注射使用, , 経直腸使用

Administration of glucocorticoids by oral, any injectable or rectal routes in competition.

## 2. 該当する気管支喘息の臨床所見にチェックを入れてください

Please choose the symptom or the history she/he has or ever had.

- ☐ 咳・痰  
Cough/Sputum
- ☐ 喘鳴  
Wheezing
- ☐ 他のアレルギー性疾患(鼻炎、結膜炎、皮膚炎等)を合併している  
Another allergic diseases such as rhinitis, dermatitis, conjunctivitis
- ☐ 過去に気管支喘息の既往がある  
Past history of bronchial asthma
- ☐ 運動, 感冒後等に気管支喘息と関連した呼吸器症状が悪化する  
Exacerbation of asthma related respiratory symptoms after URTI, stress, alcohol intake, irritants, or exercise

## 3. 気管支喘息診断のために施行した検査にチェックを入れ、施行日と結果を記入してください

Please choose and fill in the results of the diagnostic tests and the testing date.

- ☐ 呼吸機能検査:Pulmonary function test [\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_(dd/mm/yyyy) 施行]  
Gaensler の一秒率: FEV<sub>1.0</sub>%(G) \_\_\_\_\_%
- ☐ 可逆性試験: Bronchodilator reversibility [\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_(dd/mm/yyyy) 施行]  
吸入前の一秒量: FEV<sub>1.0</sub> before inhalation \_\_\_\_\_ml  
吸入後の一秒量: FEV<sub>1.0</sub> after inhalation \_\_\_\_\_ml  
改善率 rate of improvement + \_\_\_\_\_%
- ☐ 過敏性試験: Bronchial challenge test [\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_(dd/mm/yyyy) 施行]  
☐ メサコリン負荷試験: Methacoline  
☐ 等炭酸ガス自発性過呼吸試験: Eucapnic voluntary hyperventilation  
試験前後の一秒量変化 \_\_\_\_\_%  
Change of FEV1 before and after the examination  
PC20 \_\_\_\_\_mg/mL
- ☐ 運動負荷試験 Exercise test [\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_(dd/mm/yyyy) 施行]  
運動負荷前後の一秒量変化 \_\_\_\_\_%  
Change of FEV1 before and after the exercise test

☐ 血清 IgE 値: Serum IgE level [ / / (dd/mm/yyyy) 施行]  
IU/ml

☐ 特異的 IgE 陽性項目: Positive for specific IgE

- ☐ ハウスダスト・ダニ: house dust /mite  
☐ 花粉: pollen  
☐ 動物: pets  
☐ かび: fungus  
☐ その他: Others ( )

☐ その他の所見: Other findings \_\_\_\_\_

#### 4. 除外疾患にチェックを入れてください

Please choose the disease differential diagnosis could be done.

- ☐ 声帯機能不全  
vocal cord dysfunction
- ☐ 慢性閉塞性肺疾患  
Chronic obstructive pulmonary disease
- ☐ 精神心理的疾患  
Psychiatric or Psychological disturbance
- ☐ その他( )  
Others

記入日 年 月 日 (医師の署名)

#### 肺機能検査に関する検査内容

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。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 200μg 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 200μg 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ください。

2)スパイロメトリーで気道閉塞障害がない、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ください。

・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。