

岩手県アレルギー疾患医療に関する基礎調査票(案)

＜記入上の注意点＞

- 以下の設問に対し適当な選択肢番号・記号に○をつけ、() には字句を記載してください。
- 該当するものが複数ある場合は、該当するものすべてに○をつけてください（該当する内容をすべて記載してください）。
- 選択肢から選ぶことが困難な場合は、欄外に文章で記載してください。
- 取組状況は、平成 30 年度の状況を記載してください。
- 本調査における「アレルギー疾患」とは、「気管支ぜん息」、「アトピー性皮膚炎」、「アレルギー性鼻炎」、「花粉症」、「アレルギー性結膜炎」、「食物アレルギー」を指します。

調査票記入日： 令和元年 月 日

A 貴院の概要・属性・アンケート回答者等について

問 1. 本調査は、貴院におけるアレルギー疾患の診療を行っている各診療科について、診療科別にご回答いただきます。本調査票で回答いただく診療科について、該当する番号全てに○をお付けください。

- ①内科 ②呼吸器科 ③アレルギー科 ④リウマチ科 ⑤小児科
- ⑥皮膚科 ⑦耳鼻咽喉科 ⑧眼科
- ⑨その他 ()

問 2. 本調査の回答者・ご連絡先等について以下にご記入ください。

ふりがな	
氏名（漢字）	
所属	
電話番号	TEL : — —
FAX 番号	FAX : — —
メールアドレス	

B アレルギー専門医教育研修施設認定・指導医等勤務状況等について

問 3. 貴科における「日本アレルギー学会のアレルギー専門医教育研修施設」認定の有無について、該当する番号に○をつけてください。		
①認定されている		②認定されていない
問 4. 問 3 の施設に認定されている診療科名に○をつけ、回答日時点での認定有効期間をご記入ください。		
①内科系	認定期間（令和 年 月 日まで）	
②小児科系	認定期間（令和 年 月 日まで）	
③皮膚科系	認定期間（令和 年 月 日まで）	
④耳鼻咽喉科系	認定期間（令和 年 月 日まで）	
⑤眼科系	認定期間（令和 年 月 日まで）	
問 5. 各診療科に在籍する日本アレルギー学会専門医（指導医含む）数をご記入ください。 ※常勤とは、勤務先医療機関の就業規則等で定められた勤務時間の全てを勤務する者をいい、非常勤とはそれ以外の者をいいます。		
①内科系	常勤専門医（ ）人	非常勤専門医（ ）人
②小児科系	常勤専門医（ ）人	非常勤専門医（ ）人
③皮膚科系	常勤専門医（ ）人	非常勤専門医（ ）人
④耳鼻咽喉科系	常勤専門医（ ）人	非常勤専門医（ ）人
⑤眼科系	常勤専門医（ ）人	非常勤専門医（ ）人
問 6. 各診療科に在籍する小児アレルギーエドゥケーター数をご記入ください。 ※常勤とは、勤務先医療機関の就業規則等で定められた勤務時間の全てを勤務する者をいい、非常勤とはそれ以外の者をいいます。		
①内科系	常勤（ ）人	非常勤（ ）人
②小児科系	常勤（ ）人	非常勤（ ）人
③皮膚科系	常勤（ ）人	非常勤（ ）人
④耳鼻咽喉科系	常勤（ ）人	非常勤（ ）人
⑤眼科系	常勤（ ）人	非常勤（ ）人

C アレルギー診断・治療の状況等について

問 7. 貴院におけるアレルギー同定の検査方法について教えてください。(実施しているものすべてに○をつけてください。)

- | | | |
|-----------|---------|----------|
| ①血液検査 | ②X線検査 | ③肺機能検査 |
| ④呼気 NO 検査 | ⑤呼吸抵抗検査 | ⑥気道過敏性試験 |
| ⑦プリックテスト | ⑧パッチテスト | |
| ⑨その他 () | | |

問 8. 貴院における「食物経口負荷試験（外来・入院）の実施の有無と、「実施」している場合の平成 30 年度における実施件数についてご記入ください。

- | | | | |
|-------------|----------|---|-----|
| ①外来食物経口負荷試験 | 実施 () 件 | ・ | 未実施 |
| ②入院食物経口負荷試験 | 実施 () 件 | ・ | 未実施 |

問 9. 貴院における「アレルギー免疫療法（舌下・皮下）」の実施の有無と、「実施」している場合の平成 30 年度における症例数についてご記入ください。

- | | | | |
|---------|----------|---|-----|
| ①舌下免疫療法 | 実施 () 件 | ・ | 未実施 |
| ②皮下免疫療法 | 実施 () 件 | ・ | 未実施 |

問 10. 貴院におけるアナフィラキシーに関する対応（以下の(1)～(4)）を行っていますか。

- | | | | |
|------------------------|-----------|---------------|-----|
| (1)エピペンの処方 | 実施 | ・ | 未実施 |
| (2)「受診歴が <u>ない</u> 」場合 | ①いつでも対応可 | ②診療時間内であれば対応可 | |
| | ③曜日によっては可 | ④不可 | |
| | ⑤その他 () | | |
| (3)「受診歴が <u>ある</u> 」場合 | ①いつでも対応可 | ②診療時間内であれば対応可 | |
| | ③曜日によっては可 | ④不可 | |
| | ⑤その他 () | | |

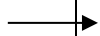
- | | | | |
|------------------------------------|------|---|-------------------------------------|
| (4)「アレルギー疾患患者」に対するエピペン自己注射の指導管理の実施 | ①実施 | → | 実施者の職種（複数選択可） |
| | ②未実施 | | 医師 ・ 薬剤師 ・ 看護師 ・ 管理栄養士
・ その他 () |

問 11. 貴院では <u>医師以外の医療スタッフ</u> によるアレルギー疾患患者に対する指導（以下の(1)～(3)）を行っていますか。実施している場合は、実施者の職種全てについてご記入ください。（実施状況については、直近 1 年間の状況について教えてください。）			
(1)スキンケア指導	①実施	→	実施者の職種（複数選択可）
	②未実施		薬剤師 ・ 看護師 ・ 管理栄養士 ・ 小児アレルギーエドゥケーター ・ その他（ ）
(2)アレルギー疾患治療薬の服薬指導	①実施	→	実施者の職種（複数選択可）
	②未実施		薬剤師 ・ 看護師 ・ 管理栄養士 ・ 小児アレルギーエドゥケーター ・ その他（ ）
(3)食物アレルギーに関する栄養指導	①実施	→	実施者の職種（複数選択可）
	②未実施		薬剤師 ・ 看護師 ・ 管理栄養士 ・ 小児アレルギーエドゥケーター ・ その他（ ）
問 12. 問 11 で実施している保健指導に要する時間についてご記入ください。			
(1)スキンケア指導	①5 分未満	②5 分以上 10 分未満	
	③10 分以上 20 分未満	④20 分以上	
(2)アレルギー疾患治療薬の服薬指導	①5 分未満	②5 分以上 10 分未満	
	③10 分以上 20 分未満	④20 分以上	
(3)食物アレルギーに関する栄養指導	①5 分未満	②5 分以上 10 分未満	
	③10 分以上 20 分未満	④20 分以上	
問 13. 日本アレルギー学会で作成しているガイドラインをご存知ですか。			
①種類・内容を把握している		②知っているが読んでいない	
③知らない			
問 14. 貴院での診療にアレルギーに関する学会で作成しているガイドラインを活用していますか。活用している場合は、ガイドライン全てについてご記入ください。			
①活用している	→ <ガイドライン名>		
②活用していない			

問 15. 貴科では、地域住民等を対象としたアレルギー疾患に関する研修会または講演会を行っていますか。実施している場合は、平成 30 年度の実施回数についてご記入ください。

①未実施

・ ②実施

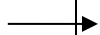


実施回数： _____ 回

問 16. 貴科では、地域住民等を対象としたアレルギー疾患に関する電話相談を行っていますか。実施している場合は、平成 30 年度の相談件数についてご記入ください。

①未実施

・ ②実施



相談件数： _____ 回

※その他、何かご意見等ございましたら、以下の欄にご記入ください。

(自由記載欄)

質問は以上です。御協力いただき、本当にありがとうございました。
記入漏れがないかを御確認の上、
令和元年 月 日までに同封の返信用封筒に入れてご投函ください。