

## アレルギー疾患医療に関する基礎調査票（最終版）

- 本調査は、福島県内のアレルギー疾患医療提供体制の現状を把握し、アレルギー疾患医療提供体制の整備、医療機関間のネットワークづくり及びアレルギー疾患を有する患者やその家族に対する情報提供に資することを目的として、福島県と福島県アレルギー疾患医療連絡協議会において、実態調査を行うものです。
- 調査対象となる医療機関は、アレルギー科、内科（呼吸器科、呼吸器内科を含む）、皮膚科、耳鼻咽喉科、小児科、眼科を標榜する医療機関です。
- 調査結果のうち、公表に同意を得られた医療機関につきましては、「1 医療機関名等」、「2 医療機関に関する情報」、「3 アレルギー疾患診療を行っている診療科目」、「4 診療可能なアレルギー疾患」、「5 日本アレルギー学会専門医の在籍（数）」、「6 小児アレルギーエデュケーター（PAE）の在籍（数）」、「7 学校生活管理指導表の記入」、「8 実施可能なアレルギー疾患に関する検査・治療等」に関する情報を一覧表にして県ホームページにより公表することを考えております。  
なお、公表に同意しない医療機関におかれましても、医療提供体制の実態を把握したいので、回答をお願いします。
- ご回答方法につきましては、下記の URL へアクセスの上、回答をお願いします。  
URL：  
※貴院に複数の診療科がある場合には、診療科ごとに URL にアクセスいただき、それぞれに回答をお願いします。
- ご回答は、令和4年 月 日（ ）までに回答をお願いします。
- ご不明な点等がございましたら、下記担当宛にお問い合わせください。

## 【問い合わせ先】

福島県保健福祉部健康づくり推進課  
生活習慣病対策担当  
電話 024-521-7640  
e-mail:kenkou@pref.fukushima.lg.jp

## アレルギー疾患医療に関する基礎調査

※下記の設問について、必要事項を入力または該当する回答を選択してください。

## 1 アレルギー疾患診療を行っていますか。

- 行っている (以下の質問にお答えください。)
- 行っていない (これで調査は終わりです。)

## 2 医療機関名等

医療機関名			
診療科		電話番号	
住所			
URL			
回答者 (連絡先)	所属部署		
	氏名		
	電話番号		
	メールアドレス		

※ 回答者欄は公表しません。

## 3 アレルギー疾患診療に関する医療機関情報

①診療日	<input type="checkbox"/> 月	<input type="checkbox"/> 火	<input type="checkbox"/> 水	<input type="checkbox"/> 木	<input type="checkbox"/> 金
	<input type="checkbox"/> 土	<input type="checkbox"/> 日	<input type="checkbox"/> 祝日		
②予約の必要性	<input type="checkbox"/> 必要	<input type="checkbox"/> 不要			
③紹介状の必要性	<input type="checkbox"/> 必要	<input type="checkbox"/> 不要			
④入院の可否	<input type="checkbox"/> 可能	<input type="checkbox"/> 不可			
⑤救急患者対応可否	<input type="checkbox"/> 可能	<input type="checkbox"/> 不可			

## 4 アレルギー疾患診療を行っている診療科目

アレルギー疾患診療を行っている 診療科目 (該当するもの全てを選択 してください)	<input type="checkbox"/> アレルギー科
	<input type="checkbox"/> 内科 (呼吸器科、呼吸器内科を含む)
	<input type="checkbox"/> 皮膚科
	<input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科
	<input type="checkbox"/> 小児科
	<input type="checkbox"/> 眼科

## 5 診療可能なアレルギー疾患

診療可能なアレルギー疾患 (該当するもの全てを選択 してください)	<input type="checkbox"/> 気管支喘息 (成人) <input type="checkbox"/> 気管支喘息 (小児) <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 (成人) <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 (小児) <input type="checkbox"/> アレルギー性鼻炎 (花粉症) <input type="checkbox"/> アレルギー性結膜炎 <input type="checkbox"/> 食物アレルギー (成人) <input type="checkbox"/> 食物アレルギー (小児) <input type="checkbox"/> その他 ( )
---	---

## 6 日本アレルギー学会専門医の在籍 (数)

①日本アレルギー学会専門医の在籍 (該当するものを選択 してください)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
②①で「有」とした場合、診療科 及び在籍数 (該当するもの全てを選択し、 在籍数を入力してください)	<input type="checkbox"/> アレルギー科 ( 人) <input type="checkbox"/> 内科 (呼吸器科、呼吸器内科を含む) ( 人) <input type="checkbox"/> 皮膚科 ( 人) <input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科 ( 人) <input type="checkbox"/> 小児科 ( 人) <input type="checkbox"/> 眼科 ( 人)

## 7 小児アレルギーエデュケーター (PAE) の在籍 (数)

小児アレルギーエデュケーター の在籍 (該当するものを選択し、在籍数を 入力してください)	<input type="checkbox"/> 有 ( 人) <input type="checkbox"/> 無
--	---

## 8 学校生活管理指導表の記入 (保育園、幼稚園含む)

学校生活管理指導表の記入の可否 (該当するものを選択 してください)	<input type="checkbox"/> 食物アレルギー 可 <input type="checkbox"/> 気管支喘息 可 <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 可 <input type="checkbox"/> アレルギー性結膜炎 可 <input type="checkbox"/> アレルギー性鼻炎 可 <input type="checkbox"/> 不可
--	---

## 9 実施可能なアレルギー疾患に関する検査・治療等

①アレルギー全般 (該当するもの全てを選択してください)	<input type="checkbox"/> 血液検査 (好酸球・IgE) <input type="checkbox"/> プリックテスト <input type="checkbox"/> 皮下免疫療法 <input type="checkbox"/> 舌下免疫療法 (ダニ) <input type="checkbox"/> 舌下免疫療法 (スギ) <input type="checkbox"/> エピペン処方 <input type="checkbox"/> その他 ( )
②気管支喘息 (該当するもの全てを選択してください)	<input type="checkbox"/> 呼吸機能検査 (スパイロメトリー) <input type="checkbox"/> 呼吸機能検査 (モストグラフ) <input type="checkbox"/> 呼気NO測定 <input type="checkbox"/> 気道過敏性検査 <input type="checkbox"/> 喀痰好酸球数検査 <input type="checkbox"/> その他 ( ) <b>【特殊治療】</b> <input type="checkbox"/> 生物学的製剤治療 <input type="checkbox"/> 気管支熱形成術 <input type="checkbox"/> その他 ( )
③アトピー性皮膚炎 (該当するもの全てを選択してください)	<input type="checkbox"/> 皮膚病変重症度評価 <input type="checkbox"/> パッチテスト <input type="checkbox"/> 皮膚生検 <input type="checkbox"/> 生物学的製剤治療 <input type="checkbox"/> スキンケア指導 <input type="checkbox"/> JAK 阻害薬治療
④アレルギー性結膜炎 (該当するもの全てを選択してください)	<input type="checkbox"/> IgE 定性 (涙液)
⑤食物アレルギー (該当するもの全てを選択してください)	<input type="checkbox"/> 食物経口負荷試験 (外来) <input type="checkbox"/> 食物経口負荷試験 (入院) <input type="checkbox"/> 食物運動誘発試験 (入院) <input type="checkbox"/> 経口免疫療法 <input type="checkbox"/> 栄養指導 <input type="checkbox"/> その他 ( )
⑥アレルギー性鼻炎 (該当するもの全てを選択してください)	<input type="checkbox"/> 鼻咽喉ファイバー検査 <input type="checkbox"/> 鼻汁好酸球数計測 <input type="checkbox"/> 誘発試験 <input type="checkbox"/> 手術治療 (局所麻酔) <input type="checkbox"/> 手術治療 (全身麻酔) <input type="checkbox"/> 生物学的製剤治療 <input type="checkbox"/> その他 ( )

⑦その他	(自由記載)
------	--------

## 10 患者やその家族に対する講習会等の実施状況

実施している場合には、内容、対象者、頻度等についてご記入ください。(コロナ禍で中止としている場合も御記入ください。)	〔例〕子どものアトピー性皮膚炎に関する講習会、対象：幼児、年2回
--	----------------------------------

## 11 自院又は県内の医療従事者の知識や技能向上に資する研修の実施状況

実施している場合には、内容、対象者、頻度、他医療機関の医師・医療受持者の受入れの可否等についてご記入ください。(コロナ禍で中止としている場合も御記入ください。)	〔例〕喘息に関する最新医療について、対象：医師、年1回、他医療機関の受入れ：可)
--	--

## 12 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)
---------

## 13 ホームページへの掲載について

掲載に同意する      ・       掲載に同意しない

※設問9～11については、今後の県のアレルギー疾患対策の参考とさせていただき、県ホームページで公表はしません。

質問は以上となります。

ご協力いただき、ありがとうございました。

なお、県ホームページでの公表につきましては、令和4年10月頃を予定しております。また、情報更新のために、今後も必要に応じて調査を実施することとしております。