

〈調査票〉アレルギー疾患に関する診療等について

この調査でお答えいただく内容は、直近の医療機関立入調査（医療法第25条）に基づくものとしてください。

1 貴院の概要と回答者について

調査票記入日：平成29年 月 日

医療機関名					
フリガナ				所属	
回答者氏名				FAX	
連絡先	電話				
	メールアドレス				
貴院においてアレルギー疾患の診療を行っている診療科に○を付けてください					
01 内科	02 呼吸器科	03 アレルギー科	04 リウマチ科	05 小児科	
06 皮膚科	07 耳鼻咽喉科	08 眼科	09 その他()		
貴院においてアレルギー疾患に係る専門教育研修施設の認定を受けている診療科に○をつけてください。					
01 内科系	02 小児科系	03 皮膚科系	04 耳鼻咽喉科系	05 眼科系	


2 貴院における専門医等の勤務状況について

以下は、アレルギー疾患対策基本法において主な対象とされている疾患（※）に対応する診療科についてお尋ねします。
 ※気管支ぜん息、アトピー性皮膚炎、アレルギー性鼻炎、アレルギー性結膜炎、花粉症、食物アレルギー

Q1 各学会の専門医について 各診療科に在籍する医師数と、そのうち各学会の専門医（認定医）数（常勤のみ）をご記入ください。 ※常勤とはその者が勤務する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。（以下の項目でも同様とします）										
01 内科系	医師数		人	うち、常勤専門医		人				
02 小児科系	医師数		人	うち、常勤専門医		人				
03 皮膚科系	医師数		人	うち、常勤専門医		人				
04 耳鼻咽喉科系	医師数		人	うち、常勤専門医		人				
05 眼科系	医師数		人	うち、常勤専門医		人				
Q2 日本アレルギー学会専門医について 各診療科に在籍する日本アレルギー学会の専門医数をご記入ください。 ※専門医の人数とは、指導医も含めた専門医の総人数をいいます。 ※非常勤職員の常勤換算方法：常勤換算人数＝非常勤職員の勤務時間の合計÷常勤職員が勤務するべき時間										
01 内科系	専門医	常勤	人	非常勤 (常勤換算)	人	指導医	常勤	人	非常勤 (常勤換算)	人
02 小児科系	専門医	常勤	人	非常勤 (常勤換算)	人	指導医	常勤	人	非常勤 (常勤換算)	人
03 皮膚科系	専門医	常勤	人	非常勤 (常勤換算)	人	指導医	常勤	人	非常勤 (常勤換算)	人
04 耳鼻咽喉科系	専門医	常勤	人	非常勤 (常勤換算)	人	指導医	常勤	人	非常勤 (常勤換算)	人
05 眼科系	専門医	常勤	人	非常勤 (常勤換算)	人	指導医	常勤	人	非常勤 (常勤換算)	人

Q3 小児アレルギーエデュケーターについて
 貴院には、日本小児難治喘息・アレルギー疾患学会が承認している「小児科アレルギーエデュケーター」は在籍していますか？在籍の有無について○をつけてください。
 また、在籍されている場合は、職種別の配置状況についてご記入ください。

ア 在籍していない イ 在籍している



看護師	人
薬剤師	人
管理栄養士	人

3 貴院におけるアレルギー疾患の患者数等について

◎Q4の調査対象期間は、平成28年度：平成28年4月1日～平成29年3月31日です。

Q4 新患者数と紹介患者数について
 貴院におけるアレルギー疾患の新患者数（総数と紹介患者数）について、疾患ごとにご記入ください。
 ※新患者とは初診料算定患者をさします。
 ※小児とは15歳未満をさします。

	成人 新患者数		小児 新患者数	
	総数	うち、紹介患者数	総数	うち、紹介患者数
①気管支ぜん息	人	人	人	人
②アトピー性皮膚炎	人	人	人	人
③アレルギー性鼻炎	人	人	人	人
④アレルギー性結膜炎	人	人	人	人
⑤食物アレルギー	人	人	人	人
①～⑤以外のアレルギー疾患について、2つまで⑥～⑦にご記入ください。				
⑥()	人	人	人	人
⑦()	人	人	人	人

4 貴院における食物経口負荷試験・免疫療法等の実施状況等について

◎Q5、6の調査対象期間は、平成28年度：平成28年4月1日～平成29年3月31日です。

Q5 食物経口負荷試験について
 貴院において「食物経口負荷試験(外来・入院)」を実施していますか。実施の有無に○をつけてください。
 また、「実施している」場合、実施件数をご記入ください。

外来食物経口負荷試験	未実施	・	実施	[]件
入院食物経口負荷試験	未実施	・	実施	[]件

Q6 免疫療法について
 貴院において「アレルギー免疫療法(舌下・皮下)」を実施していますか。実施の有無に○をつけてください。
 また、「実施している」場合の症例数をご記入ください。

舌下免疫療法	未実施	・	実施	[]件
皮下免疫療法	未実施	・	実施	[]件

Q7 重症及び難治性アレルギー疾患の診断・治療について
 貴院において重症のアレルギー疾患の診断や治療は可能ですか。
 下記の各領域について、対応の可否に○をつけてください。

アレルギー全般	ア 対応可能	イ 対応できない(他の専門病院を紹介している)
肺及び下気道領域(気管支ぜん息等)	ア 対応可能	イ 対応できない(他の専門病院を紹介している)
皮膚領域(アトピー性皮膚炎等)	ア 対応可能	イ 対応できない(他の専門病院を紹介している)
上気道領域(アレルギー性鼻炎等)	ア 対応可能	イ 対応できない(他の専門病院を紹介している)
眼領域(アレルギー性結膜炎等)	ア 対応可能	イ 対応できない(他の専門病院を紹介している)

5 貴院におけるアレルギー疾患医療に関する取組状況について

Q8 貴院では、アレルギー疾患に関し、下記のような個別の診療や保健指導、健康教育等を実施していますか。実施の有無に○をつけてください。また、各保健指導を「実施している」場合は、主な実施者の職種に「合同症例検討会」については参加している診療科に○をつけてください。

指導内容		主な実施者の職種等			
スキンケア指導	実施 ・ 未実施	医師	薬剤師	看護師	その他()
エピペン自己注射	実施 ・ 未実施	医師	薬剤師	看護師	その他()
服薬指導	実施 ・ 未実施	医師	薬剤師	看護師	その他()
栄養指導	実施 ・ 未実施	医師	栄養士	看護師	その他()

6 アレルギー疾患専門外来、救急患者の受け入れ、病院間の連携等について

Q9 貴院において「アレルギー疾患専門外来」を設置していますか？設置の有無に○をつけてください。また、「設置している」場合は、その名称、設置状況、専任看護師の配置の有無とその人数についてご記入ください。

ア 設置している		イ 設置していない	
専門外来名	設置状況	専任看護師の配置	専任看護師の配置人数
①	週 ・ 月 回	未設置 ・ 配置	常勤 ()人
			非常勤 ()人
②	週 ・ 月 回	未設置 ・ 配置	常勤 ()人
			非常勤 ()人
③	週 ・ 月 回	未設置 ・ 配置	常勤 ()人
			非常勤 ()人

Q10 貴院においてアレルギー疾患を治療するに当たり、連携可能な医療機関がありますか。ある場合は医療機関名と診療科を御記入下さい。

ア 特になし
イ ある ⇒ 医療機関①() 診療科()
医療機関②() 診療科()

Q11 貴院では、子どものアレルギー患者のぜん息発作やアナフィラキシーショック時の救急受け入れは可能ですか。それぞれについて、あてはまるものに○をつけてください。

ぜん息発作	ア 日中なら常に可能	イ 日中なら日によって可能	
	ウ 日中・夜間ともに常に可能	エ 日中・夜間ともに日によって可能	オ 受け入れできない
アナフィラキシー	ア 日中なら常に可能	イ 日中なら日によって可能	
	ウ 日中・夜間ともに常に可能	エ 日中・夜間ともに日によって可能	オ 受け入れできない

Q12 貴院では「学校のアレルギー疾患に対する取組ガイドライン」(日本学校保健会)における「学校生活管理指導表」(別添)を作成していますか。作成している診療科に○をつけてください。

学校生活管理指導表	ア 作成している		イ 作成していない	
01 内科	02 呼吸器科	03 アレルギー科	04 小児科	
05 皮膚科	06 耳鼻咽喉科	07 眼科	08その他()	

Q13 主治医か否かに関わらず、Q12の「学校生活管理指導表」の緊急時連絡医療機関の欄に貴院名を記入することについてあてはまるものに○をつけてください。

アナフィラキシーの既往がある場合	ア 受診の有無に関わらず記入してよい	イ 事前に受診をすれば受け入れ可能	ウ 対応できない
アナフィラキシーの既往がない場合	ア 受診の有無に関わらず記入してよい	イ 事前に受診をすれば受け入れ可能	ウ 対応できない

7 アレルギー疾患に関する情報提供について

Q14 貴院では、アレルギー疾患に関して、患者や家族、一般住民を対象とした教室や講演会を実施していますか。実施の有無に○をつけてください。また、「実施している」場合は、その内容と実施状況をご記入ください。

ア 実施している イ 特に実施していない

実施内容	対象者	H28年度の実施回数

8 アレルギー疾患診療や支援に関する人材育成について

Q15 保健・医療従事者の人材育成について

貴院では、アレルギー疾患の診療や保健指導に従事する人材の育成に関して、院内や院外において医療従事者を対象とした研修会や勉強会を実施していますか。実施の有無に○をつけてください。また、「実施している」場合は、その内容と実施状況をご記入ください。

ア 実施している イ 特に実施していない

実施内容	対象機関・対象者	H28年度の実施回数

Q16 教育や保育関係者の人材育成について

貴院では、アレルギー疾患への対応について、学校や保育所の教職員等の研修会や勉強会に協力していますか。協力の有無に○をつけてください。また、「協力している」場合は、その内容と協力状況をご記入下さい。

ア 協力している イ 特に協力していない

実施内容	対象機関・対象者	H28年度の実施回数

9 アレルギー疾患に関する調査・研究について

Q17 貴院では、今後国等が実施するアレルギー疾患に関する調査・研究への協力は可能ですか？協力の可否に○をつけてください。

ア 積極的に協力できる イ 内容によっては協力できる ウ 協力は難しい

10 本調査結果の公開等について

Q18 本調査の調査結果について、Q3、5、6、8、9、11、12、13については、県民が活用できるよう必要に応じて医療機関名を含めて公開することに同意していただけますか。あてはまるものに○をつけてください。また、これらの情報の公開等について、ご意見、ご希望がございましたら下記の欄に記載してください。

※なお、本調査結果をデータ(医療機関名は除く)として学会などで使用したり、県や教育委員会のホームページなどに公表する可能性があることにつきましてはご了承ください。

<p><公開対象の項目> Q 3「小児エドクター」、Q 5「食物経口負荷試験」、Q 6「免疫療法」 Q 8「各種保健指導」、Q9「専門外来」、 Q11「救急の受け入れ」、Q12「学校生活管理指導表の作成」 Q13「緊急時連絡医療機関」の公開について</p>	<p>ア 全ての項目の公開に同意する</p> <p>イ 下記の項目の公開には同意しない * 同意しない項目の番号に○をつけてください</p> <p>Q3 Q5 Q6 Q8 Q9 Q11 Q12 Q13</p>
--	--

○本調査の結果の公表等に関するご意見やご希望

御協力ありがとうございました。
 12月6日までに同封の返信用封筒で御返信
 下さいますようお願いいたします。

<担 当> 埼玉県保健医療部疾病対策課 総務・疾病対策担当
 TEL 048-830-3598 ・ FAX 048-830-480