アレルギー疾患にかかる専門性の高い医療機関調査票

別紙

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関名 |  |
| 医療機関の所在地 |  |
| 医療機関の電話番号 | （　　　　　）　　　　　－ |
| この調査票に関する  担当部署名、担当者名、連絡先電話番号 | 部署・担当者名：  （　　　　　）　　　　　－ |

１　県ホームページにおける医療機関情報の提供について

貴院について、アレルギー疾患に関して専門性のある診療を行っている医療機関として、県ホームページにて県民向けに情報提供することについて同意するか御回答ください。

（1）同意する。　**(　　　)**　⇒　以下の２から５に御回答ください。

（2）同意しない。**(　　　)**⇒　調査は以上です。

２　診療するアレルギー疾患について

専門性のある診療を行っている診療科名を記載し、診療科ごとに診療するアレルギー疾患に〇を付けて御回答ください。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 診療科名  （名称を右に御記載ください） | | |  |  |  |
| 主なアレルギー疾患 | 気管支ぜん息 | 小児 |  |  |  |
| 成人 |  |  |  |
| 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 | |  |  |  |
| 薬物アレルギー | |  |  |  |
| 接触皮膚炎 | |  |  |  |
| 蕁麻疹 | |  |  |  |
| ラテックスアレルギー | |  |  |  |
| アナフィラキシー | |  |  |  |
| 職業性アレルギー疾患 | |  |  |  |
|  | 好酸球性副鼻腔炎 | |  |  |  |
| 好酸球性中耳炎 | |  |  |  |
| 好酸球性消化管疾患 | |  |  |  |
| 新生児・乳児食物蛋白誘発胃腸症 | |  |  |  |
| 食物蛋白誘発胃腸炎（FPIES） | |  |  |  |
| 金属アレルギー | |  |  |  |

（次ページへつづきます）

３　アレルギー疾患に関わる検査について

①　実施している検査がある場合は、診療科名を記載し、診療科ごとに実施している検査に〇を付けて御回答ください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 診療科名  （名称を右に御記載ください） | |  |  |  |
| 呼気NO測定 | |  |  |  |
| 呼吸機能検査 | |  |  |  |
| 気道過敏性検査 | |  |  |  |
| 誘発喀痰検査 | |  |  |  |
| 食物経口負荷試験 | 入院 |  |  |  |
| 外来 |  |  |  |
| 特異的IgE抗体検査 | |  |  |  |
| プリックテスト | |  |  |  |
| パッチテスト | |  |  |  |
| アレルゲン特異的リンパ球刺激試験（ALST） | |  |  |  |

②　食物経口負荷試験について、診療科名を記載し、令和６年度に実施した患者数を御回答ください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 診療科名  （名称を右に御記載ください） |  |  |  |
| 入院 | 人 | 人 | 人 |
| 外来 | 人 | 人 | 人 |

４　アレルギー疾患に関わる治療等について

　実施している治療等がある場合は、診療科名を記載し、診療科ごとに実施している治療に〇を付けて御回答ください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 診療科名  （名称を右に御記載ください） |  |  |  |
| 舌下免疫療法 |  |  |  |
| 皮下免疫療法 |  |  |  |
| 注射薬による分子標的薬（生物学的製剤） |  |  |  |
| 吸入療法指導 |  |  |  |
| ピークフローメーターや喘息日記を用いた管理 |  |  |  |
| 経口免疫療法 |  |  |  |
| アドレナリン自己注射薬（エピペン®）の処方 |  |  |  |
| 学校生活管理指導表の作成 |  |  |  |

（次ページへつづきます）

５　アレルギー疾患に関わる医療従事者の在籍状況について

①　**令和７年７月時点**で、以下の医療従事者が在籍している場合は、診療科名を記載し、診療科ごとに〇を付けて御回答ください。（常勤・非常勤は問いません。）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 診療科名  （名称を右に御記載ください） |  |  |  |
| 日本アレルギー学会 アレルギー専門医 |  |  |  |
| 日本呼吸器学会 呼吸器専門医 |  |  |  |
| 日本皮膚科学会 皮膚科専門医 |  |  |  |
| 日本耳鼻咽喉科頭頸部外科学会  耳鼻咽喉科専門医 |  |  |  |
| 日本眼科学会 眼科専門医 |  |  |  |
| アレルギー疾患療養指導士(CAI) |  |  |  |
| 小児アレルギーエデュケーター（PAE） |  |  |  |

②　小児アレルギーエデュケーター（PAE）について、診療科名を記載し、在籍人数及び医療機関外での活動の可否を御回答ください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 診療科名  （名称を右に御記載ください） |  |  |  |
| PAEの在籍人数 | 人 | 人 | 人 |
| 医療機関外での活動の可否 ※  （可の番号に〇をつけてください） | １・２・３ | １・２・３ | １・２・３ |

※「医療機関外での活動の可否」について

本調査の「医療機関外での活動」は、以下です。

１．行政機関や地域のイベントでの県民からの相談対応

２．教育機関（保育所や学校等）の教職員向けの講演

３．行政機関（保健所等）の専門職向けの講演

お一人でも対応可能な場合は、該当の番号に〇をつけてください。県HPで公開する際は、「調査時点で、お一人でも対応可能な場合『可』しています。実際に御依頼する場合は、各医療機関へお問い合わせください。」というような趣旨の文言を記載します。

不明または確認が困難な場合は、「医療機関外での活動の可否」について御回答いただかなくて構いません。

　御回答ありがとうございました。

**提出先**

神奈川県健康医療局保健医療部がん・疾病対策課　中野

（郵送）

〒２３１－８５８８　横浜市中区日本大通１

（電子メール）

　allergy\_shippei.ca3g@pref.kanagawa.lg.jp

（問合せ先）

　電話　045-210-1111（代表）　内線4738