

アレルギー疾患医療に関する基礎調査票

- 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、「2 医療機関名等」、「3 医療機関に関する情報」、「4 アレルギー疾患診療を行っている診療科目」、「5 診療可能なアレルギー疾患」、「6 日本アレルギー学会専門医の在籍（数）」、「7 小児アレルギーエデュケーター（PAE）の在籍（数）」、「8 学校生活管理指導表の記入」、「9 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、以下の（１）～（３）のいずれかの方法をお願いします。
 - （１）調査票に回答を記載の上、下記担当宛に送付願います。
 - （２）以下のURLへアクセスの上、回答をお願いします。
<https://Fukushima.ubinavi-plus.com/yb/page/ybSurvey.php?hidReportList=RPT0000440>
 ※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。
 - （３）以下の二次元コードより、回答をお願いします。



- ご回答は、令和 7 年 7 月 31 日（木）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。

【送付先及び問い合わせ先】

福島県保健福祉部健康づくり推進課 がん・疾病対策担当 穂住

郵便番号：960-8670

住所：福島市杉妻町 2 番 16 号

電話：024-521-7640 e-mail：gan-taisaku@pref.fukushima.jg.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	☐ 月 ☐ 火 ☐ 水 ☐ 木 ☐ 金 ☐ 土 ☐ 日 ☐ 祝日
②予約の必要性	☐ 必要 ☐ 不要
③紹介状の必要性	☐ 必要 ☐ 不要
④入院の可否	☐ 可能 ☐ 不可
⑤救急患者対応可否	☐ 可能 ☐ 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)	☐ 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

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)	☐ 気管支喘息 (成人) ☐ 気管支喘息 (小児) ☐ アトピー性皮膚炎 (成人) ☐ アトピー性皮膚炎 (小児) ☐ 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 (成人) ☐ 食物アレルギー (小児) ☐ 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)	☐ 有 ☐ 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)	☐ アレルギー科 (人) ☐ 内科 (呼吸器科、呼吸器内科を含む) (人) ☐ 皮膚科 (人) ☐ 耳鼻咽喉科 (人) ☐ 小児科 (人) ☐ 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)	☐ 有 (人) ☐ 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)	☐ 食物アレルギー 可 ☐ 気管支喘息 可 ☐ アトピー性皮膚炎 可 ☐ アレルギー性結膜炎 可 ☐ アレルギー性鼻炎 可 ☐ 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)	☐ 血液検査 (好酸球・IgE) ☐ プリックテスト ☐ 皮下免疫療法 ☐ 舌下免疫療法 (ダニ) ☐ 舌下免疫療法 (スギ) ☐ エピペン処方 ☐ 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)	☐ 呼吸機能検査 (スパイロメトリー) ☐ 呼吸機能検査 (モストグラフ) ☐ 呼気 NO 測定 ☐ 気道過敏性検査 ☐ 喀痰好酸球数検査 ☐ その他 () 【特殊治療】 ☐ 生物学的製剤治療 ☐ 気管支熱形成術 ☐ 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)	☐ 皮膚病変重症度評価 ☐ パッチテスト ☐ 皮膚生検 ☐ 生物学的製剤治療 ☐ スキンケア指導 ☐ 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)	☐ 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)	☐ 食物経口負荷試験 (外来) ☐ 食物経口負荷試験 (入院) ☐ 食物運動誘発試験 (入院) ☐ 経口免疫療法 ☐ 栄養指導 ☐ 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)	☐ 鼻咽喉ファイバー検査 ☐ 鼻汁好酸球数計測 ☐ 誘発試験 ☐ 舌下免疫療法 ☐ 手術治療 (局所麻酔) ☐ 手術治療 (全身麻酔) ☐ 生物学的製剤治療 ☐ 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 福島県で作成しているオンライン市民講座のチラシの設置について

※福島県では、アレルギー疾患を有する患者やその家族向けに、アレルギー疾患の症状や対策、治療等及び生活について普及啓発するために公式 youtube でオンライン市民講座を配信しています。市民講座を周知するためのチラシを待合室等に置いていただける場合には、設置に同意するを選択してください。

☐ 設置に同意する ・ ☐ 設置に同意しない

14 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 10～13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7年12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。