愛知県アレルギー疾患医療に関する調査票（診療所用）

【令和元年７月１日時点】

医療機関名	
所在地	
〔連絡先〕 氏　　名	
電話・FAX	
メールアドレス	

１　アレルギー科以外の主な診療科目（１つのみ○を付してください。）

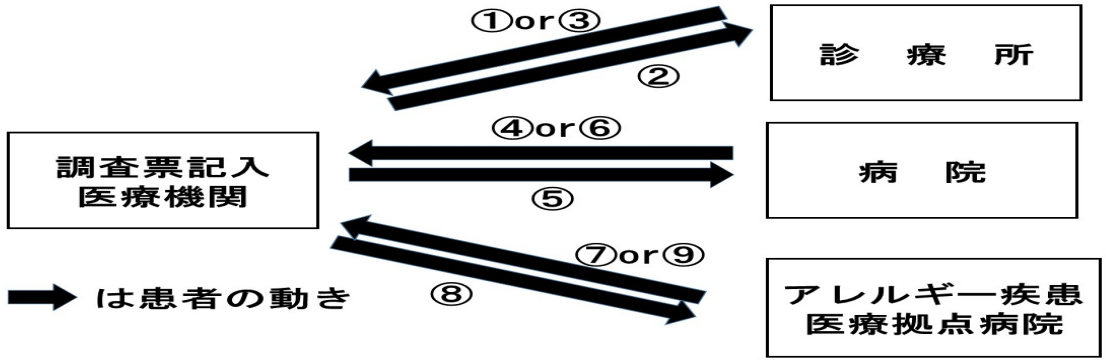
内科　・　呼吸器内科　・　アレルギー科　・　小児科　・　皮膚科

耳鼻咽喉科　・　眼科　・　その他（　　）

２　アレルギー疾患患者の紹介・逆紹介の１年間の実績（平成３０年４月１日～平成３１年３月３１日）の有無について、ご回答ください。

問い ＼ 相手方	診　療　所	病　院	愛知県アレルギー疾患医療拠点病院
アレルギー疾患患者の紹介を受けたことがありますか	①　有　・　無	④　有　・　無	⑦　有　・　無
アレルギー疾患患者を紹介したことがありますか	②　有　・　無	⑤　有　・　無	⑧　有　・　無
紹介したアレルギー疾患患者の逆紹介を受けたことがありますか	③　有　・　無	⑥　有　・　無	⑨　有　・　無

※　この調査における「逆紹介」とは、紹介を受けた患者を、紹介元の医療機関へ紹介することを言います。



（裏面に続く）

別添２

３　アレルギー疾患医療について、種別ごとに実施の有無を回答してください。

種　　別		回　答	
(1)	食物経口負荷試験の実施	有	無
(2)	プリックテストの実施	有	無
(3)	アレルゲン免疫療法の実施	有	無
(4)	パッチテストの実施	有	無
(5)	生物学的製剤による治療の実施	有	無
(6)	看護師による患者に対するスキンケア指導	有	無
(7)	薬剤師による患者に対するアレルギー疾患治療薬の服薬・吸入指導	有	無
(8)	栄養士による食物アレルギー患者に対する栄養指導	有	無
(9)	患者に対するエピペン®自己注射の指導管理 〔有の場合、その実施者（複数選択可)〕 医師　・　薬剤師　・　看護師 その他（　　）	有	無
(10)	保育施設、学校等に係る「生活管理指導表」の作成	有	無
(11)	小児アレルギーエデュケーターの在籍 〔有の場合、その職種（複数選択可)〕 看護師　・　栄養士　・　薬剤師	有	無

(12)　アレルギー疾患の診療を行う上で特に力を入れてことがありましたら記載してください（自由記載）

４　アレルギー疾患医療に関し、課題、問題点、県への要望等がございましたらご記入ください。（自由記載）

ご協力ありがとうございました。

提出期限　令和元年８月　　日（　）

提 出 先　愛知県 保健医療局 健康医務部 健康対策課 原爆・アレルギー対策グループ