

<調査の御協力をお願い>

埼玉県では、アレルギー疾患対策基本法に基づき、アレルギー疾患医療や相談支援体制の整備のために、県のアレルギー疾患対策推進指針を策定しました。本調査は、医療状況の現状把握と、県民への情報提供を目的として実施いたします。

また、本調査内容につきましては、医療機関を特定できない形で、関係者の研修会や関係学会の発表などに活用させていただきます。御協力くださるようお願いいたします。

こどもの「気管支ぜん息」に関する診療状況調査(案)

* 下記の設問の該当するものに○を付けて下さい

①本調査内容のホームページへの掲載について

- ア いずれも可
イ ホームページの掲載は希望しないが学校・保育所・県・市町村への情報提供は可
ウ いずれも不可

※ホームページの掲載は「埼玉県アレルギー疾患医療拠点病院」医療機関検索となります。
<http://allergy.saitama-med.ac.jp/hospsearch/> でご確認ください。



②アレルギー疾患診療について

アレルギー疾患診療を行っている診療科目(複数回答可)	小児科	その他 ()
----------------------------	-----	---------

③気管支ぜん息に関する検査・治療について

特異的IgE抗体検査	実施 ・ 未実施
アレルギー・プリックテスト	実施 ・ 未実施
ピークフロー・モニタリング	実施 ・ 未実施
肺機能検査 (気道可逆性試験含む)	実施 ・ 未実施

呼気NO測定	実施 ・ 未実施
気道過敏性検査	実施 ・ 未実施
各種生物学的製剤治療	実施 ・ 未実施

④発作時の緊急対応について

緊急対応① 【受診歴がない場合】	いつでも可 ・ 診療時間内であれば可 ・ 曜日によっては可 ・ 不可 その他()
緊急対応② 【受診歴がある場合】	いつでも可 ・ 診療時間内であれば可 ・ 曜日によっては可 ・ 不可 その他()

⑤生活管理指導表について

* 添付の「学校生活管理指導表」に関する資料をご確認いただきお答えください。

保育所・学校等の生活管理指導表(「気管支ぜん息」の欄)の作成	可 ・ 不可
--------------------------------	--------

⑥その他

日本アレルギー学会専門医の在籍	有 ・ 無	※有の場合 : 人数 _____ 名 (うち常勤 _____ 名)
-----------------	-------	-----------------------------------

医療機関名

住 所 〒

電話番号

E-mail

診療責任者名
※HPへ掲載

回答者名

貴医療機関のホームページ
※HPへ掲載