



#### 4 専門的なアレルギー疾患医療提供体制について

(1)アレルギー疾患に関する診断・治療・管理に関する実施の有無について○をつけてください。

①アレルギー同定の検査実施及び評価(血液検査、プリックテスト、パッチテスト等)	実施 ・ 未実施
②アナフィラキシーの原因同定	実施 ・ 未実施
③肺機能検査、呼気NO測定、呼吸抵抗測定等を用いた評価	実施 ・ 未実施
④運動誘発試験を含む食物負荷試験の実施及び評価	実施 ・ 未実施
⑤アレルギー免疫療法	
舌下免疫療法	実施 ・ 未実施
皮下免疫療法	実施 ・ 未実施
⑥重症及び難治性気管支喘息の治療	実施 ・ 未実施
⑦重症及び難治性のアトピー性皮膚炎、アレルギー性皮膚疾患の治療	実施 ・ 未実施
⑧重症及び難治性の下気道、眼、皮膚疾患に影響する上気道疾患の治療	実施 ・ 未実施
⑨重症及び難治性の眼領域アレルギー疾患の治療	実施 ・ 未実施
⑩重症及び難治性アレルギー疾患の長期管理	実施 ・ 未実施
⑪重症及び難治性食物アレルギーの長期管理	実施 ・ 未実施

(2)アレルギー疾患患者のうち、紹介患者及び逆紹介の有無について、過去一年間の状況で○をつけてください。

疾患名	紹介患者の有無	逆紹介患者の有無
気管支ぜん息	有 ・ 無	有 ・ 無
アトピー性皮膚炎	有 ・ 無	有 ・ 無
アレルギー性鼻炎	有 ・ 無	有 ・ 無
アレルギー性結膜炎	有 ・ 無	有 ・ 無
花粉症	有 ・ 無	有 ・ 無
食物アレルギー	有 ・ 無	有 ・ 無

(3)アレルギー疾患に関する保健指導等の実施の有無、実施している場合は主な実施者について○をつけてください。

指導内容	実施の有無	主な実施者の職種等
エピペン自己注射の指導	実施 ・ 未実施	医師 薬剤師 看護師 その他( )
スキンケア指導	実施 ・ 未実施	医師 薬剤師 看護師 その他( )
服薬・吸入指導	実施 ・ 未実施	医師 薬剤師 看護師 その他( )
生活環境改善に係る指導	実施 ・ 未実施	医師 薬剤師 看護師 その他( )

(4)人材育成に関する研修会の実施の有無、実施している場合については内容を記入してください。

①アレルギー疾患医療に携わる医療従事者を対象とした院内や院外での研修会、勉強会

1 実施していない

2 実施している 

実施内容	実施機関・対象者	H29年度 実施回数

②保育所や学校等の教職員等を対象とした研修会や勉強会

1 実施していない

2 実施している 

実施内容	実施機関・対象者	H29年度 実施回数

## 5 アレルギー疾患医療連携拠点病院の選定について

アレルギー疾患医療連携拠点病院として選定されることを希望しますか。

希望する ・  希望しない

御協力ありがとうございました。