

【アレルギーセンター初診質問票】

●4-7 歳●

担当医師名	(こちらの欄は医師が記入致します)
お子さまのお名前	

A. 今回アレルギー科を受診しようと思った目的・理由をお書きください。

(例：友人に紹介されたから、アトピーがなかなかよくなるから)

B. アレルギー科を受診するにあたって、希望や現在困っていることなどがあればお書きください。

(例：アナフィラキシーの原因が知りたい、毎晩喘息の発作で眠れない)

C. これまでに医療機関からの治療や指導以外で、行ってきたことや注意してきたことがあればお書きください。

(例：早寝早起き、超酸性水、ホメオパシーなど)

＜記入方法＞ あてはまる項目の数字を○で囲むか□に☑をしてください。 複数回答可の記載が無い場合は○印をつけるのは1か所にしてください。 その他のところは、必要に応じて数字や文字を記入してください。

記入者	<input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> その他 ()
記入日	(西暦) 20 年 月 日

(A) 共通質問票

[1] お子さまの出生時の状況についてお答えください。

[1-1] 生年月日 西暦 年 月 日

[1-2] 在胎週数： () 週

[1-3] 分娩様式： 1. 経膈分娩 2. 予定帝王切開 3. 緊急帝王切開

[1-4] 単胎/多胎： 1. 単胎 2. 多胎

[1-5] 出生身長： () cm

[1-6] 出生体重： () g

[1-7] 出生頭囲： () cm

[1-8] 出生した場所： 1. 国立成育医療研究センター 2. その他

[2] お子さまは今までに以下の疾患と診断されたことがありますか。

0. なし

1. あり → **あてはまるものを全て選んでください**

1. 好酸球性消化管疾患（好酸球性食道炎や好酸球性胃腸炎）
2. 炎症性腸疾患（クローン病、潰瘍性大腸炎など）
3. 過敏性腸症候群
4. 膠原病（リウマチ、全身性エリテマトーデスなど）
5. 1型糖尿病
6. 慢性腎炎・ネフローゼ症候群
7. 免疫不全症
8. 心疾患
9. 染色体異常
10. その他 ()

[3] お子さまは胎児期（生まれる前）にお母様のおなかの中で手術を受けたことがありますか。

0. なし

1. あり

[4] お子さまは出生後から2歳までのあいだに手術を受けたことがありますか。

0. なし

1. あり → 手術の時期、疾患名について、わかる範囲で記載してください

4-1) 手術の時期：20 年 月、疾患名： 4-1-1) 成育で手術した

4-2) 手術の時期：20 年 月、疾患名： 4-2-1) 成育で手術した

4-3) 手術の時期：20 年 月、疾患名： 4-3-1) 成育で手術した

[5]お子さまのお母さまについてお答えください。

[5-1]お母さまの現在の年齢：() 歳

[5-2]お母さまは今までにアレルギー疾患になったことがありますか。

0. なし

1. あり → **あてはまるものを全て**選んでください

1. アトピー性皮膚炎
2. 気管支ぜん息
3. 食物アレルギー
4. アレルギー性鼻炎・結膜炎（花粉症を含む）
5. 好酸球性食道炎
6. 好酸球性胃腸炎
7. その他 ()

[5-3]お母さまは今までに慢性的な病気になったことがありますか。

0. なし

1. あり → **あてはまるものを全て**選んでください

1. クローン病
2. 潰瘍性大腸炎
3. 過敏性腸症候群
4. 膠原病（リウマチ、全身性エリテマトーデスなど）
5. 1型糖尿病
6. 慢性腎炎・ネフローゼ症候群
7. 免疫不全症
8. その他 ()

[6]お子さまのお父さまについてお答えください。

[6-1]お父さまの現在の年齢：() 歳

[6-2]お父さまは今までにアレルギー疾患になったことがありますか。

0. なし

1. あり → **あてはまるものを全て**選んでください

1. アトピー性皮膚炎
2. 気管支ぜん息
3. 食物アレルギー
4. アレルギー性鼻炎・結膜炎（花粉症を含む）
5. 好酸球性食道炎
6. 好酸球性胃腸炎
7. その他 ()

[6-3]お父さまは今までに慢性的な病気になったことがありますか。

0. なし

1. あり → **あてはまるものを全て**選んでください

1. クローン病
2. 潰瘍性大腸炎
3. 過敏性腸症候群
4. 膠原病（リウマチ、全身性エリテマトーデスなど）
5. 1型糖尿病
6. 慢性腎炎・ネフローゼ症候群
7. 免疫不全症
8. その他 ()

[7]お子さまの同胞（兄弟・姉妹）についてお答えください。

[7-1]お子さまに、同胞（兄弟・姉妹）がいますか。

0. なし 1. あり→[7-1-1]兄・姉 () 人、[7-1-2]弟・妹 () 人

[7-2]お子さまの同胞（兄弟・姉妹）に、アレルギー疾患がある方はいますか。

0. なし

1. あり → **あてはまるものを全て選んでください**

1. アトピー性皮膚炎
2. 気管支ぜん息
3. 食物アレルギー
4. アレルギー性鼻炎・結膜炎（花粉症を含む）
5. 新生児・乳児消化管アレルギー
6. 好酸球性食道炎
7. 好酸球性胃腸炎
8. その他（ ）

[7-3]お子さまの同胞（兄弟・姉妹）は今までに慢性的な病気になったことがありますか。

0. なし

1. あり → **あてはまるものを全て選んでください**

1. 炎症性腸疾患（クローン病、潰瘍性大腸炎など）
2. 過敏性腸症候群
3. 膠原病（リウマチ、全身性エリテマトーデスなど）
4. 1型糖尿病
5. 慢性腎炎・ネフローゼ症候群
6. 免疫不全症
7. その他（ ）

[8]お子さまのご両親の人種についてお答えください。

1. 両親ともに日本人 2. その他（ ）

[9]お子さまが主に居住している住宅で、今までに犬を飼っていたことがありますか。

0. いいえ 1. はい

[9-1]「1. はい」の場合、**飼っていた時期を全て選んでください。**

1. 妊娠前 2. 妊娠中 3. 出生後（お子さまが（ ）歳～（ ）歳まで） 4. 現在

[10]お子さまが主に居住している住宅で、今までに猫を飼っていたことがありますか。

0. いいえ 1. はい

[10-1]「1. はい」の場合、**飼っていた時期を全て選んでください。**

1. 妊娠前 2. 妊娠中 3. 出生後（お子さまが（ ）歳～（ ）歳まで） 4. 現在

[11]お母さまは、今までにタバコを吸っていたことはありますか。

0. いいえ 1. はい

[11-1]「1. はい」の場合、**吸っていた時期を全て選んでください。**

1. 妊娠前 2. 妊娠中 3. 出生後（お子さまが（ ）歳～（ ）歳まで） 4. 現在

現在も吸っている場合 →種類（複数選択可）：1. 紙巻タバコ 2. 加熱式タバコ

[12] 今までに、お子さまと同居している、お母さま以外のご家族が、タバコを吸っていたことはありますか。

0. いいえ 1. はい

[12-1] 「1. はい」の場合、吸っていた時期を全て選んでください。

1. 妊娠前 2. 妊娠中 3. 出生後（お子さまが（ ）歳～（ ）歳まで） 4. 現在
現在も吸っている場合 →種類（複数選択可）：1. 紙巻タバコ 2. 加熱式タバコ

[13] お子さまは、今までに幼稚園または保育施設（保育所・託児所）に通っていたことがありますか。

0. いいえ 1. はい

[13-1] 「1. はい」の場合、いつから通っていましたか。（ ）歳（ ）ヶ月から

お子さまの食事・栄養についてうかがいます。

[14] 妊娠中にお母さまは食物制限をおこなっていましたか。

0. いいえ 1. はい → [14-1] あてはまるものを全て選んでください

1. 卵 2. 牛乳・乳製品 3. 小麦 4. 大豆 5. その他（ ）

[15] お子さまは母乳を摂取していましたか（いますか）。

0. いいえ

1. はい → [15-1] 生後（ ）ヶ月 から [15-2]（ ）ヶ月まで

[15-3] 現在も摂取している

[16] 授乳中にお母さまは食物制限をおこなっていましたか（いますか）。

0. いいえ 1. はい → [16-1] あてはまるものを全て選んでください

1. 卵 2. 牛乳・乳製品 3. 小麦 4. 大豆 5. その他（ ）

[17] お子さまは人工乳（アレルギー用ミルクを除く）を摂取していましたか（いますか）。

0. いいえ

1. はい → [17-1] 摂取していた（いる）時期を全て選択してください

1. 出生直後（生後7日以内） 2. 生後0ヶ月（生後8日以降）

3. 生後1ヶ月 4. 生後2ヶ月 5. 生後3ヶ月 6. 生後4ヶ月 7. 生後5ヶ月

8. 生後6ヶ月 9. 生後7ヶ月 10. 生後8ヶ月 11. 生後9ヶ月 12. 生後10ヶ月

13. 生後11ヶ月 14. 1歳～2歳未満 15. 2歳以上

[18]お子さまはアレルギー用ミルクを現在摂取していますか。

0. いいえ

1. はい → [18-1]あてはまるものを全て選んでください

1. 加水分解乳（ミルフィー・MA-mi・ニューMA-1 など。E赤ちゃん・アイクレオは除く。）
2. 大豆乳（ボンラクトなど）
3. アミノ酸乳（エレンタールP・エレメンタルフォーミュラなど）
4. その他（ ）

[19]お子さまは離乳食をいつから始めましたか。

0. まだ始めていない

1. 生後（ ）ヶ月から

[20]以下の食物のうち、お子さまが現在制限なく摂取している食物を、すべて選んでお答えください。

（摂取の頻度は問いません。）

※経口免疫療法（医師から指示されて決められた量を定期的に摂取し続ける治療）中の食物を除きます。

1. 卵黄・卵黄を含む食品
2. 卵白・卵白を含む食品
3. 牛乳・乳製品
4. 小麦
5. 米
6. 大豆（豆腐など）
7. ピーナッツ
8. クルミ
9. ゴマ
10. ソバ
11. イモ類
12. 野菜
13. 果物
14. エビ
15. カニ
16. イカ
17. タコ
18. 魚
19. 魚卵
20. 牛肉
21. 豚肉
22. 鶏肉

[21] お子さまは、生の果物や野菜（例：カットフルーツやサラダなど、加熱処理されていないもの）、大豆やその加工品（枝豆や豆乳など）やナッツ類を食べた後に、口の中やのどがかゆくなったり、全身の症状（体や手足の赤み・じんましん、せき・ゼーゼー、おう吐・下痢・腹痛、意識を失った・脱力・血圧低下など）があったりしましたか。

0. いいえ

1. はい → 「1. はい」の方のみ質問[21-1]、[21-2]にお答えください。

[21-1]お子さんは、何を食べたときに、くちの中やのどがかゆくなったことがありましたか。該当する食物の欄にチェックをしてください。【複数回答可】

[21-2]お子さんは、何を食べたときに、全身の症状がありましたか。該当する食物の欄にチェックをしてください。【複数回答可】

	[21-1]	[21-2]
	くち ・ のど のか ゆみ	全身 症状
1. リンゴ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. モモ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. サクランボ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ナシ（梨）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. イチゴ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. キウイ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. バナナ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. パイナップル	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. マンゴー	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. プラム（すもも）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. メロン	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. スイカ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. ミカン	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. ブドウ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	[21-1]	[21-2]
	くち ・ のど のか ゆみ	全身 症状
15. カキ（柿）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. ビワ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. トマト	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. セロリ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. ニンジン	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. クルミ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. ピーナッツ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. アーモンド	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. ヘーゼルナッツ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. カシューナッツ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. 大豆・豆乳・豆腐・枝豆・もやし	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
（ ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
（ ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
（ ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

お子さまの呼吸・皮ふ・鼻の症状についてうかがいます。

[22]お子さんは、生まれてから今までに、胸がゼーゼーまたはヒューヒューしたことがありましたか。

0. いいえ → 質問[24]へ 1. はい

[23]お子さんは、最近 12 か月のあいだに、胸がゼーゼーまたはヒューヒューしたことがありましたか。

0. いいえ → 質問[24]へ 1. はい → 以下の質問[23-1～23-4]にお答えください

[23-1]お子さんは、最近 12 か月のあいだに、何回ゼーゼーまたはヒューヒューする発作がありましたか。

0. 全くない 1. 1～3 回 2. 4～12 回 3. 13 回以上

[23-2]最近 12 か月のあいだに、ゼーゼーまたはヒューヒューしたために、平均してどのくらいの頻度でお子さんの睡眠は妨げられましたか。

0. ゼーゼーまたはヒューヒューのために目を覚ましたことはない
1. 1 週間に 1 晩より少ない
2. 1 週間に 1 晩以上

[23-3]最近 12 か月のあいだに、お子さんは、呼吸の合間（あいま）にひと言、ふた言しか話せないほどひどくゼーゼーまたはヒューヒューしたことがありましたか。

0. いいえ 1. はい

[23-4]最近 12 か月のあいだに、お子さんが、胸がゼーゼーまたはヒューヒューしたのはいつですか。あてはまるものを全て選んでください。

1. 1 月 2. 2 月 3. 3 月 4. 4 月 5. 5 月 6. 6 月
7. 7 月 8. 8 月 9. 9 月 10. 10 月 11. 11 月 12. 12 月

[24]お子さんは、今までに喘息（ぜんそく）になったことがありますか。

0. いいえ 1. はい

[25]最近 12 か月のあいだに、お子さんは、運動中や運動後に胸からゼーゼーまたはヒューヒューが聞こえたことがありますか。

0. いいえ 1. はい

[26]最近 12 か月のあいだに、お子さんは夜間にかわいた咳（痰がからまない咳）がありましたか。ただしカゼや胸の感染症（肺炎、気管支炎）による咳は除きます。

0. いいえ 1. はい

[27]お子さんは、今までに、少なくとも6か月以上出たり消えたりするかゆみを伴った発疹（ほっしん・はっしん）がありましたか。

0. いいえ → 質問[29]へ 1. はい

[28]このかゆみを伴った発疹（ほっしん・はっしん）は最近12か月のあいだにありましたか。

0. いいえ → 質問[29]へ 1. はい → 以下の質問[28-1～28-5]にお答えください

[28-1]このかゆみを伴った発疹（ほっしん・はっしん）が以下のいずれかの場所にみられましたか。

場所【肘（ひじ）の内側、ひざの裏、足首の前面、おしりの下、首や耳や目のまわり】

0. いいえ 1. はい

[28-2]このかゆみを伴った発疹（ほっしん・はっしん）が初めてみられたのは何歳のときですか。

1. 2歳未満 2. 2歳以上～5歳未満 3. 5歳以上

[28-3]このかゆみを伴った発疹（ほっしん・はっしん）は最近12か月のあいだのいずれかの時期に、完全に治ったことがありますか。

0. いいえ 1. はい

[28-4]最近12か月のあいだに、お子さんはこのかゆみを伴った発疹（ほっしん・はっしん）のために、平均してどのくらいの頻度で夜に眠れないことがありましたか。

0. 最近12か月間は全くない 1. 1週間に1晩より少ない 2. 1週間に1晩以上

[28-5]最近12か月のあいだで、お子さんはこのかゆみを伴った発疹（ほっしん・はっしん）があったのはいつですか。あてはまるものを全て選んでください。

1. 1月 2. 2月 3. 3月 4. 4月 5. 5月 6. 6月
7. 7月 8. 8月 9. 9月 10. 10月 11. 11月 12. 12月

[29]お子さんは、今までにアトピー（アトピー性皮膚炎）になったことがありますか。

0. いいえ 1. はい

[30]お子さんの皮ふは、最近12か月のあいだのいずれかの時期に全体的にカサカサ（乾燥肌）でしたか。

0. いいえ 1. はい

[31]お子さんは、今までカゼやインフルエンザにかかっていない時に、くしゃみや鼻みず、鼻づまりの症状が起こったことがありますか。

0. いいえ → 質問[33]へ 1. はい

[42]お子さまを養育している世帯（家計を同一にしている）の世帯収入（年間）をお答えください。

- | | |
|---------------------|----------------------|
| 1. 200万円未満 | 2. 200万円以上～400万円未満 |
| 3. 400万円以上～600万円未満 | 4. 600万円以上～800万円未満 |
| 5. 800万円以上～1000万円未満 | 6. 1000万円以上～1500万円未満 |
| 7. 1500万円以上 | 8. 回答しない |

以上で、は終了です。

次に、をお答えください。

(B) 食物質問票(1)

それぞれの質問にお答えください。

下の表に記載して下さい。

Q1. お子さまの食物の現在の摂取状況を、全ての食物につきそれぞれ1つ選んでお答えください。(左下)

Q2. (Q1.で②～④と回答したそれぞれの食物に対して) 食べていない理由をお答えください。

(右下 複数回答可)

	Q1	Q2										
		現在の摂取状況 (ひとつ選択)				(Q1で②～④と答えた食物に対して) 食べていない理由 (複数選択可)						
		①制限なく食べている (完全解除)	②一部食べないようになっている (一部除去) *経口免疫療法(医師から指示されて決められた量を定期的に摂取し続ける治療) 中も含む	③これまでに食べたことがあるが、現在は全く食べないようになっている (完全除去)	④これまでに一度も食べたことがない (**未摂取)	①これまで食べる機会がなかった	②お子さまが食物を嫌い	③アレルギー症状が出たことがある	④症状が出たことはないが、お子さまやご家族がその食物を食べることへの不安がある	⑤食物の完全除去・一部除去(経口免疫療法を含む)を医師に指示されたため	⑥過去にアレルギーがあり、医師に摂取を許可されたが、お子さまやご家族がその食物を食べることへの不安がある	⑦その他()に理由を記載
①	鶏卵 (生卵除く)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→ ()
②	牛乳・乳製品	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→ ()
③	小麦	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→ ()
④	大豆 (豆腐など)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→ ()
⑤	ピーナッツ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→ ()
⑥	クルミ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→ ()

(B) 食物質問票(2)

以下の表にあるすべての食物に対して、
Q3「アレルギー症状の有無」をお答えください。*食物経口負荷試験で生じた症状も含む

Q3で②「あり」と回答した食物は、Q4~7をお答えください。

	Q3		Q4						Q5			Q6		Q7	
	食物を摂取後のアレルギー症状(どちらか選択)		生じた症状(複数選択可)						症状出現時間			発症年齢		これまでに医師から食物アレルギーと診断されたことがありますか。	
	①なし	②あり	①皮膚症状(口周囲を除く) じん麻疹、皮膚の赤み、かゆみ	②皮膚症状(口周囲) 口周りの赤みやかゆみ	③口腔・咽頭症状 ロヤのどのかゆみや違和感、唇や舌の腫れ	④呼吸器症状 咳、ゼーゼー・ヒューヒューする、息苦しさ	⑤消化器症状 腹痛、下痢、吐き気、おう吐	⑥循環器症状 頻脈、血液低下、失神、めまい、立ちくらみ	①2時間以内	②2時間以上経ってから	③2時間以内のことも2時間以上のこともある	症状が初めて出た年齢 () 歳	※0歳の場合のみご記載下さい () ヶ月	①なし	②あり
① 鶏卵	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	歳	ヶ月	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
② 牛乳・乳製品	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	歳	ヶ月	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
③ 小麦	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	歳	ヶ月	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
④ 大豆 (豆腐など)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	歳	ヶ月	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
⑤ ピーナッツ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	歳	ヶ月	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
⑥ クルミ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	歳	ヶ月	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

上記の食物以外で、摂取後にアレルギー症状を生じたことがある食物があれば、下の表にお答えください。

⑦	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	歳	ヶ月	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑧	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	歳	ヶ月	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑨	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	歳	ヶ月	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑩	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	歳	ヶ月	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑪	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	歳	ヶ月	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑫	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	歳	ヶ月	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑬	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	歳	ヶ月	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑭	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	歳	ヶ月	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑮	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	歳	ヶ月	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

以上で、(B) 食物質問票は終了です。次に、(C) アトピー性皮膚炎質問票にお答えください。

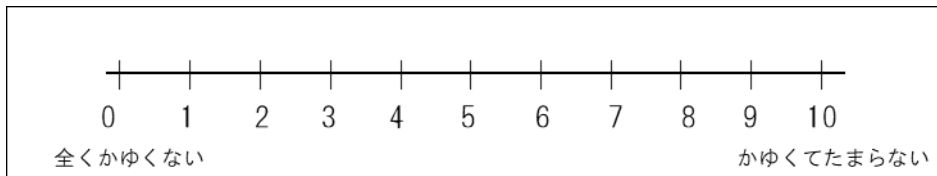
(C) アトピー性皮膚炎質問票

1. お子さまは、 <u>これまでに</u> かゆみを伴う湿疹が出来たことがありますか。 「はい」の場合、かゆみを伴う湿疹が出来たのはいつですか。	0. いいえ 1. はい () 歳のとき
2. お子さまは、 <u>これまでに</u> 医師からアトピー性皮膚炎と診断されたことはありますか。 「はい」の場合、アトピー性皮膚炎と診断されたのはいつですか。	0. いいえ 1. はい () 歳のとき

→どちらの質問も「0. いいえ」の場合 → (D) 気管支ぜん息質問票にお答えください。

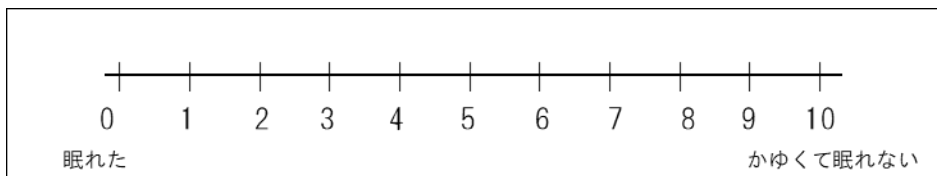
→どちらか1つ以上が「1. はい」の場合 →以下の質問にお答えください。

[1] 最近3日間のかゆみの程度はどのくらいですか。(あてはまる数字に○をつけてください)



[2] 最近3日間のかゆみによる睡眠障害(かゆくて眠れない)の程度はどのくらいですか。

(あてはまる数字に○をつけてください)



[3] 最近1週間のお子さまの状況について、次の質問にお答えください。

[3-1] 最近1週間のうち、湿疹のために皮ふが痒(かゆ)かった日は何日ありましたか？

0. なし(0日) 1. 1~2日 2. 3~4日 3. 5~6日 4. 毎日(7日)

[3-2] 最近1週間のうち、湿疹のために睡眠がさまたげられた日は何日ありましたか？

0. なし(0日) 1. 1~2日 2. 3~4日 3. 5~6日 4. 毎日(7日)

[3-3] 最近1週間のうち、湿疹のために皮ふから血が出ていた日は何日ありましたか？

0. なし(0日) 1. 1~2日 2. 3~4日 3. 5~6日 4. 毎日(7日)

[3-4] 最近1週間のうち、湿疹のために皮膚から透明な液がしみ出たり、したたりおちていた日は何日ありましたか？

0. なし(0日) 1. 1~2日 2. 3~4日 3. 5~6日 4. 毎日(7日)

[3-5]最近1週間のうち、湿疹のために皮膚がひび割れていた日は何日ありましたか？

0. なし (0日) 1. 1~2日 2. 3~4日 3. 5~6日 4. 毎日 (7日)

[3-6]最近1週間のうち、湿疹のために皮膚がボロボロとはがれ落ちていた日は何日ありましたか？

0. なし (0日) 1. 1~2日 2. 3~4日 3. 5~6日 4. 毎日 (7日)

[3-7]最近1週間のうち、湿疹のために皮膚が乾燥したり、ザラザラしていると感じた日は何日ありましたか？

0. なし (0日) 1. 1~2日 2. 3~4日 3. 5~6日 4. 毎日 (7日)

©The University of Nottingham

[4]現在のお子さまの入浴（シャワー浴を含む）方法についてお答えください。

[4-1]お子さまの入浴の頻度をお答えください

0. 毎日入らない 1. 毎日1回 2. 毎日2回以上

[4-2]入浴時の石けんやボディソープの使用頻度をお答えください

0. 毎日使わない 1. 毎日1回 2. 毎日2回以上

[5]現在、保湿剤を使用していますか。

0. いいえ 1. はい

[5-1]「1. はい」の場合、保湿剤の使用頻度をお答えください。

0. 毎日使わない 1. 毎日1回 2. 毎日2回以上

[6]現在、ステロイド外用薬をどのように使用していますか。

1. 湿疹が出たら塗る 2. 湿疹が出なくても定期的に塗る 3. ステロイド外用薬を使用していない

この1週間のアトピー性皮膚炎治療についてお答えください。

[7]この1週間で、からだの大部分（全体）にステロイド外用薬を使用しましたか。

0. いいえ 1. はい

[7-1]「1. はい」の場合、

この1週間でステロイド外用薬をからだの大部分（全体）にどれくらいの頻度で使用しましたか。

1. 週1日 2. 週2日 3. 3日に1日 4. 2日に1日 5. 毎日

[8]この1週間で、からだの一部（部分的）にステロイド外用薬を使用しましたか。

0. いいえ 1. はい

[8-1]「1. はい」の場合、この1週間でステロイド外用薬を多い部分でどれくらいの頻度で使用しましたか。

1. 週1日 2. 週2日 3. 3日に1日 4. 2日に1日 5. 毎日

[9]この1週間で、タクロリムス軟膏（プロトピック®）を使用しましたか。

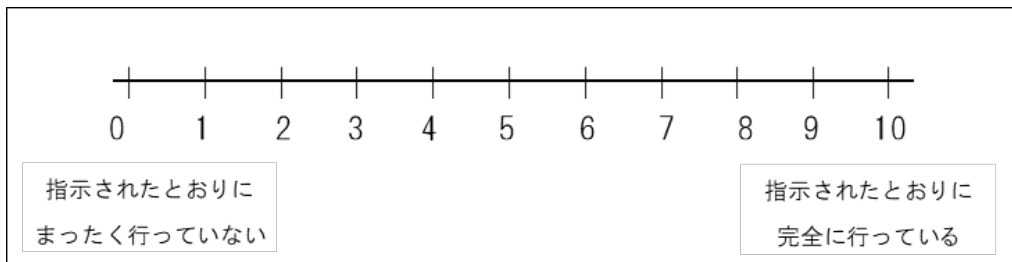
0. いいえ 1. はい

[10]アトピー性皮膚炎で現在通院中ですか。

0. いいえ 1. はい

[10-1]「1. はい」の場合

この1週間で、医師に指示されたアトピー性皮膚炎治療をどの程度行いましたか。
(あてはまる数字に○をつけてください)



[11]アトピー性皮膚炎の治療のために、保険診療外の治療や民間療法を行っていますか。
(例：はり・きゅう、漢方薬、健康食品、ホメオパシーなど)

0. いいえ 1. はい

[12]これまでに、アトピー性皮膚炎の治療のために、以下の治療を行ったことがありますか。

- [12-1]内服や注射でのステロイド薬（※塗り薬は除きます） 0. いいえ 1. はい
[12-2]免疫抑制薬（※塗り薬は除きます） 0. いいえ 1. はい
[12-3]注射による生物学的製剤 0. いいえ 1. はい

[13]これまでに、アトピー性皮膚炎の眼合併症にかかったことがありますか。

0. いいえ 1. はい

[13-1]「1. はい」の場合、あてはまるものを全て選んでください。（複数選択可）

1. 白内障 2. 網膜剥離 3. 緑内障 4. その他（ ）

=====

[14]お 子 さまが4歳 以上 の 方

4歳 以上 のお 子 さま 用 QOL : CDLQI

できれば 本人 に 回答 させてください (ご 家族 が 記入 してもかまいません)

この 質問票 の 目的 は、あなた のお 子 さまの 湿 疹 (皮膚 炎) がどのようであったかを 記録 することです。どの 質問 もこの1週間 だけに関 してのことです。それぞれの 質問 項目 に 当 てはまる 答 えを1つだけ 選 び□の中 にチェック (✓) をつけて 下 さい。

[14-1]この1週間、お 肌 がかゆかったり、ひっかきたくなったり、ひりひりしたり、痛 かったりしましたか。

□ものすごく □かなり □すこし □全然 ない

[14-2]この1週間、お 肌 のせいで、恥 ずかしく 思 ったり、き になったり、動 転 したり、悲 しくなったりしましたか。

□ものすごく □かなり □すこし □全然 ない

[14-3]この1週間、お 肌 のことが 友 だち 関係 に 影 響 しましたか。

□ものすごく □かなり □すこし □全然 ない

[14-4]この1週間、お 肌 のせいで 普通 と 違 う 特 別 な 服 や 靴 を使 ったり 変 えたりしましたか。

□ものすごく □かなり □すこし □全然 ない

[14-5]この1週間、お 肌 の 問題 のせいで 外 に 出 かけることや、遊 ぶことや 趣 味 の 活 動 に 影 響 がありましたか。

□ものすごく □かなり □すこし □全然 ない

[14-6]この1週間、お 肌 に 問題 があつて 水 泳 や 運 動 を 中 止 したことがありましたか。

□ものすごく □かなり □すこし □全然 ない

[14-7]先 週 は 学 校 がありましたか。それとも 休 み 期 間 でしたか。

学 校 があつた 人 は →この1週間、お 肌 のせいで 学 校 の 勉 強 に 影 響 がありましたか。

休 み 期 間 だつた 人 は →この1週間、お 肌 のせいで 休 みの 日 の 楽 しみがだめになつたことがありますか。

□ものすごく □かなり □すこし □全然 ない

[14-8]この1週間、お 肌 のせいで 変 な 呼 ばれ 方 をしたり、からかわれたり、いじめられたり、質 問 されたり、嫌 われたりなどのいやなことがありましたか。

□ものすごく □かなり □すこし □全然 ない

[14-9]この1週間、お 肌 のことで 眠 れないことがありましたか。

□ものすごく □かなり □すこし □全然 ない

[14-10]この1週間、お 肌 の 治 療 はたいへんでしたか。

□ものすごく □かなり □すこし □全然 ない

©M. S. Lewis-Jones, A. Y. Finlay, 1993 日本語版 : 大矢幸弘、赤澤晃、佐々木りか子、A. Riazi 2000

禁無断転載・使用 国立成育医療研究センターアレルギーセンター

=====

[15]

保護者用 QOL : DFI

この質問票の目的はお子さまの皮膚の問題があなたやご家族にこの1週間どのくらい影響したかを調べることです。

それぞれの質問項目に当てはまる答えを1つだけ選び□の中にチェック(✓)をつけて下さい。

[15-1] お子さまに湿疹があることで、この1週間の家事、例えば洗濯や掃除にどの程度の影響がありましたか。

ものすごく かなり すこし 全くない

[15-2] お子さまに湿疹があることで、この1週間、食事の支度をしたり食べさせたりするのにどの程度の影響がありましたか。

ものすごく かなり すこし 全くない

[15-3] お子さまに湿疹があることで、この1週間、本人以外の家族の睡眠にどの程度の影響がありましたか。

ものすごく かなり すこし 全くない

[15-4] お子さまに湿疹があることで、この1週間、家族の余暇活動にどの程度の影響がありましたか。

ものすごく かなり すこし 全くない

[15-5] お子さまに湿疹があることで、この1週間、家族の買い物に使う時間にどの程度の影響がありましたか。

ものすごく かなり すこし 全くない

[15-6] お子さまに湿疹があることで、この1週間、治療費や衣服費その他の費用など貴方の出費にどの程度の影響がありましたか。

ものすごく かなり すこし 全くない

[15-7] お子さまに湿疹があることで、この1週間、ご両親(養育者)の疲労や消耗にどの程度の影響がありましたか。

ものすごく かなり すこし 全くない

[15-8] お子さまに湿疹があることで、この1週間、ご両親(養育者)に抑鬱や欲求不満や罪悪感など嫌な気持ちが生じることにどの程度の影響がありましたか。

ものすごく かなり すこし 全くない

[15-9] お子さまに湿疹があることで、この1週間、主にお子さまのお世話をしている方(例:母など)とその方のパートナーとの関係、あるいは他の子どもとの関係にどの程度の影響がありましたか。

ものすごく かなり すこし 全くない

[15-10] お子さまの治療に関係したことが、この1週間、主にお子さまのお世話をしている方の生活にどの程度影響しましたか。

ものすごく かなり すこし 全くない

(D) 気管支ぜん息質問票

1. お子さまは、 <u>これまでに</u> 胸がゼーゼーまたはヒューヒューしたことがありますか。 「はい」の場合、初めてゼーゼーまたはヒューヒューしたのはいつですか。	0. いいえ 1. はい () 歳のとき
2. お子さまは、 <u>これまでに</u> 医師から気管支ぜん息と診断されたことはありますか。 「はい」の場合、気管支ぜん息と診断されたのはいつですか。	0. いいえ 1. はい () 歳のとき

→どちらの質問も「いいえ」の場合 → (E) 食物アレルギー質問票にお答えください。

→どちらか1つ以上が「はい」の場合 →以下の質問にお答えください。

[1]この1年間で、ぜん息発作のために入院をしたことはありましたか。

0. いいえ 1. はい → () 回

[2]この1年間で、ぜん息発作のために救急受診をしたことはありましたか。

0. いいえ 1. はい → () 回

[3]この1年間で、ぜん息発作のためにステロイドの飲み薬やステロイドの注射薬の投与を受けたことがありますか。(※吸入薬や、毎日行う治療を除きます。)

0. いいえ 1. はい

[4]お子さまは、現在学校に通っていますか。ただし保育園・幼稚園等は除きます。

0. いいえ 1. はい

[4-1]「1. はい」の場合、お子さまはこの1年間でぜん息のために学校を休んだことはありますか。

0. いいえ 1. はい → () 日

[5]お子さまは、これまでにぜん息に対して生物学的製剤（ゾレア、ヌーカラ、ファセンラ、デュピクセント等）による治療を行ったことがありますか。

0. いいえ 1. はい → (薬剤名:)

「1. はい」の場合、いつからいつまで生物学的製剤による治療を行っていましたか。

[5-1-1]いつから: () 歳から

[5-1-2]いつまで: () 歳まで

[5-1-3] 現在も行っている

[6]お子さまは、これまでにぜん息の長期管理(*)を行ったことがありますか。

*発作の時のみ使用する薬ではなく、発作を予防する目的で長期間使用する飲み薬や吸入薬を使った治療です。

0. いいえ 1. はい

「1. はい」の場合、いつからいつまで長期管理を行っていましたか。

[6-1-1]いつから： () 歳から

[6-1-2]いつまで： () 歳まで [6-1-3] 現在も長期管理を行っている

[7]「現在も長期管理を行っている」場合、現在行っている治療を以下からすべて選んでください。

(※発作の時のみ使用する薬は除きます。)

【吸入薬】		①		②				③
		使用している薬をチェックしてください。	→	使用している薬の規格(量)をチェックしてください。 (薬に記載してあります)			→	1日に吸入する回数の合計を記載してください。 (例) 朝2吸入、夜2吸入 → (4) 吸入
吸入ステロイド薬	フルタイド ディスカス	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/> 50μg	<input type="checkbox"/> 100μg	<input type="checkbox"/> 200μg	→	1日()吸入
	フルタイド エアゾール	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/> 50μg	<input type="checkbox"/> 100μg		→	1日()吸入
	キュバール エアゾール	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/> 50μg	<input type="checkbox"/> 100μg		→	1日()吸入
	パルミコート 吸入液	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/> 0.25mg	<input type="checkbox"/> 0.5mg		→	1日()吸入
	パルミコート タービュヘイラー	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/> 100μg	<input type="checkbox"/> 200μg		→	1日()吸入
	オルベスコ インヘーラー	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/> 50μg	<input type="checkbox"/> 100μg	<input type="checkbox"/> 200μg	→	1日()吸入
長時間作用性吸入ステロイド薬 / 刺激薬	アドエア ディスカス	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/> 100μg	<input type="checkbox"/> 250μg	<input type="checkbox"/> 500μg	→	1日()吸入
	アドエア エアゾール	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/> 50μg	<input type="checkbox"/> 125μg	<input type="checkbox"/> 250μg	→	1日()吸入
	シムビコート タービュヘイラー	<input type="checkbox"/>	→	→	→	→	→	1日()吸入
	フルティフォーム エアゾール	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/> 50μg	<input type="checkbox"/> 125μg		→	1日()吸入
	レルベア エリプタ	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/> 100μg	<input type="checkbox"/> 200μg		→	1日()吸入
その他	()	<input type="checkbox"/>	→	()			→	1日()吸入

【内服薬】	使用している薬をチェックしてください。
ロイコトリエン受容体拮抗薬	<input type="checkbox"/> オノン (ブランルカスト)
	<input type="checkbox"/> シングレア、キプレス (モンテルカスト)
テオフィリン徐放製剤	<input type="checkbox"/> テオドール <input type="checkbox"/> スロービット <input type="checkbox"/> テオロング <input type="checkbox"/> ユニフィル
副腎皮質ステロイド薬	<input type="checkbox"/> 内服ステロイド薬 (プレドニゾン、リンデロン、メドロール等)
その他	()

(E) 即時型食物アレルギー質問票

<p>1. お子さまは、<u>これまでに</u>食物摂取後2時間以内にアレルギー症状を生じたことがありますか。</p> <p>「はい」の場合、[1-1] 初めて症状を生じたのはいつですか。</p> <p>[1-2] アレルギー症状を生じたことがある食物で、現在も食べないようにしている（一部除去も含む）食物はありますか。</p>	<p>0. いいえ 1. はい [1-1] () 歳のとき [1-2] 0. いいえ 1. はい</p>
<p>2. お子さまは、血液検査や皮膚検査などから食物アレルギーが疑われて、現在食べないようにしている食物がありますか。</p>	<p>0. いいえ 1. はい</p>

→どちらの質問も「いいえ」の場合 →以上で質問票は終了です。ご協力ありがとうございました。

→どちらか1つ以上が「はい」の場合 →以下の質問にお答えください。

[1] お子さまは、現在エピペン®（アドレナリン自己注射薬）を処方されていますか。

0. いいえ 1. はい

[2] お子さまは、これまでにエピペン®（アドレナリン自己注射薬）を使用したことはありますか。

0. いいえ 1. はい → () 回

次ページから、食物アレルギーのQOL（生活の質）に関する質問になります。

[3]保護者の方用 (FAQLQ-PF10)

お母さま(お父さま)へ

- 以下の質問は、食物アレルギーがお子様の生活の質に影響を与えていることについて、保護者の方に回答していただくものです。
- それぞれの状況があなたのお子様の生活の質にどれ程の影響を与えるか、0-6 の数が振られている枠のなかに✓または×を入れてお答え下さい。

お答えいただいた全ての情報について、秘密が守られます。

0 1 2 3 4 5 6

全くない ほとんどない 若干 ある程度 かなり とてもたくさん きわめてたくさん

食物アレルギーのために、あなたのお子さんは・・・		0	1	2	3	4	5	6
1	食べ物が関係する状況で、自分は他の子どもと違うと感じている	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	これまでに食べたことがないものを食べたがらない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	食べ物で症状が出た場合、精神的苦痛を感じている	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	試しに食べてみるができる食べ物の種類が制限されている	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	安全に出かけられるレストランや行楽地に制限がある	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
食物アレルギーのために、あなたのお子さんは・・・		0	1	2	3	4	5	6
6	食物アレルギーに理解があるかどうかわからない人や子どもと付き合うことに不安を感じる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	社会活動が制限されること(例えば、事前の計画が必要になること、自己注射器を携帯しなければならないこと、他人に説明しなければならないこと)にいらだちを感じる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
食物アレルギーのために、あなたのお子さんは・・・		0	1	2	3	4	5	6
8	同年代の他の子ども達より、用心深かったり、危険を意識しやすかったりする	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	食物アレルギーがなくなればいいと望んでいる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	将来食べ物に反応が出る可能性について心配している	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

©Audrey DunnGalvin, 樺島重憲、大矢幸弘

以上で、すべての質問が終了です。ご協力ありがとうございました。

禁無断転載・使用 国立成育医療研究センターアレルギーセンター