

アレルギー疾患地域基幹病院（仮）選定に係る調査票（案）

- 病院名： _____
- 回答に関する問い合わせ先の担当者および電話番号
 所 属： _____
 担当者名： _____
 電話番号： _____

問1 貴院における、日本アレルギー学会認定専門医の在籍状況を教えてください。

	内科系	小児科	皮膚科	耳鼻咽喉科	眼科
常 勤	人	人	人	人	人
非常勤	人	人	人	人	人

問2 貴院における、日本呼吸器学会認定専門医（内科系）の在籍状況を教えてください。

常勤 _____ 人 非常勤 _____ 人

問3 貴院における、日本小児アレルギー学会認定小児アレルギーエドゥケーターの在籍状況を教えてください。

常勤 _____ 人 非常勤 _____ 人

問4 貴院における、アレルギー疾患診療実績等を教えてください。（重複回答可）

- (1) 平成31年4月の下記疾患の外来診療件数（診療報酬請求実績）を御記入ください。
 (2) 食物経口負荷試験実施可否及び平成30年の月平均の実施件数を御記入ください。

疾患等	平成31年4月アレルギー疾患患者外来診療件数				食物経口負荷試験実施	
	気管支 ぜん息	アトピー性 皮膚炎	アレルギー 性鼻炎	アレルギー 性結膜炎	入院 可否 月平均件数	外来 可否 月平均件数
(例)	〇〇〇件	〇〇〇件	〇〇〇件	〇〇〇件	<input checked="" type="radio"/> 可 <input type="radio"/> 否 5件	可 <input checked="" type="radio"/> 否 _____ 件
小児科	_____ 件	_____ 件	_____ 件	_____ 件	<input type="radio"/> 可 <input type="radio"/> 否 _____ 件	<input type="radio"/> 可 <input type="radio"/> 否 _____ 件
小児科以外	_____ 件	_____ 件	_____ 件	_____ 件	<input type="radio"/> 可 <input type="radio"/> 否 _____ 件	<input type="radio"/> 可 <input type="radio"/> 否 _____ 件

問5 千葉県ではアレルギー疾患対策において、アレルギー疾患地域基幹病院（仮）を選定し、医療提供体制を整備する方針としています。貴院でアレルギー疾患地域基幹病院（仮）をお引き受けいただくことは可能でしょうか。

可 ・ 不可

どちらかに○をつけてください。

<地域のアレルギー専門医療機関の役割>

- 1 かかりつけ医と連携して、定期的な病態の評価、標準的な治療では病態が安定化しない患者等に対する診断、治療、管理を行う。
- 2 拠点病院（千葉大学医学部附属病院）が実施する事業（会議・研修会等）への参加・協力。

※依頼をする場合には、改めて当方より御説明に伺う方針です。

～ 御協力ありがとうございました ～