

「横浜市アレルギー医療機関検索ナビ」掲載情報調査

【調査の趣旨・目的】

本調査は、市民の皆様が必要なアレルギー医療に適切かつ速やかにアクセスできる環境を整備するとともに、アレルギー診療に携わる医療機関同士の連携を促進することを目的として公開予定の「横浜市アレルギー医療機関検索ナビ」に掲載する医療機関情報を収集するために実施するものです。

本ナビに掲載する情報は、各医療機関からご回答いただいた内容を基に発信するとともに、今後も定期的に更新しながら活用していく予定です。

本調査は、市民の皆様への適切な医療情報提供のみならず、横浜市におけるアレルギー医療体制の充実・可視化につながる重要なものとなります。お忙しいところ誠に恐れ入りますが、本調査の趣旨をご理解の上、ご協力を賜りますようお願い申し上げます。

【本調査の構成】

Q1～Q4：医療機関の基本情報に関する設問（「医療機関」単位で回答）

Q5～Q11：診療、検査、治療等に関する設問（「診療科」単位で回答）

※Q4で、「貴院にて診療を行っている、アレルギー疾患に関連する診療科」をお伺いします。Q4で回答いただいた診療科ごとに、Q5～Q11の回答をお願いいたします。

※医療機関単位及び診療科単位で、それぞれ掲載同意の有無をお伺いします。

医療機関単位の設問で掲載に同意いただいた場合でも、診療科単位の設問においていずれの診療科からも同意が得られない場合は、医療機関の基本情報のみを掲載します。

医療機関の基本情報に関する設問（医療機関単位で回答）

Q1. 医療機関の基本情報に関する、公表の同意の有無【必須回答】

Q2～Q4で医療機関の基本情報をお伺いします。回答結果を公表することに同意いただけますか。

いただいた回答内容は、「横浜市アレルギー医療機関検索ナビ」に原則そのまま掲載させていただきます。ご回答にあたっては、最新かつ正確な情報をご入力いただいているか必ずご確認ください。なお、公表に同意いただけない場合は掲載しませんが、今後の運用改善の参考とさせていただきます。回答へのご協力をお願いします。

1. 同意する

2. 同意しない

Q2. 基礎情報について、ご回答ください。【必須回答】

<ol style="list-style-type: none">1. 医療機関名2. 医療機関名（ふりがな）3. 住所4. 公表用電話番号5. 医療機関ウェブサイトURL6. 交通手段（例：●●線●●駅より徒歩5分など）7. 担当者名（非公表）8. メールアドレス（非公表） <p>※組織メールアドレス推奨</p>	
--	--

※非公表の情報（7.と8.）は、回答内容に関する確認が生じた場合等に使用します。

Q3. アレルギーに関するスタッフの所属状況をご回答ください。【必須回答】

	いる	いない	わからない
小児アレルギーエデュケーター (PAE)	1	2	3
アレルギー疾患療養指導士 (CAI)	1	2	3

Q4. 貴院にて診療を行っている、アレルギー疾患に関連する診療科をご回答ください。（当てはまるものすべて選択）【必須回答】

1. 内科	5. 皮膚科
2. 呼吸器内科	6. 耳鼻咽喉科
3. アレルギー科	7. 眼科
4. 小児科	8. その他（ ）

診療、検査、治療等に関する設問（診療科単位で回答）

※実際の回答フォーム（横浜市電子申請・届出システム）では、Q4で回答いただいた診療科ごとにそれぞれ、下記設問が表示されます。

Q5. 診療、検査、治療等の状況に関する、公表の同意の有無 【必須回答】

Q6～Q11で診療、検査、治療等の状況についてお伺いします。
回答結果を公表することに同意いただけますか。

いただいた回答内容は、「横浜市アレルギー医療機関検索ナビ」に原則そのまま掲載させていただきます。ご回答にあたっては、最新かつ正確な情報をご入力いただいているか必ずご確認ください。なお、公表に同意いただけない場合は掲載しませんが、今後の運用改善の参考とさせていただきますため、回答へのご協力をお願いします。

Q1で公表に「同意しない」と回答された場合は、Q5以降も公表に「同意しない」と見なし、こちらの設問は表示されません。

1. 同意する	2. 同意しない
---------	----------

Q6. 専門医の所属状況をご回答ください。（当てはまるものすべて選択）【必須回答】

1. 総合内科専門医
2. 呼吸器専門医
3. アレルギー専門医
4. 小児科専門医
5. 皮膚科専門医
6. 眼科専門医
7. 耳鼻咽喉科専門医
8. いない

Q7. 診療を行っているアレルギー疾患についてご回答ください。

(それぞれ一つを選択) 【必須回答】

	小児と成人 を診療する	小児のみ 診療する	成人のみ 診療する	診療して いない
気管支ぜん息	1	2	3	4
アトピー性皮膚炎	1	2	3	4
アレルギー性鼻炎	1	2	3	4
アレルギー性結膜炎	1	2	3	4
花粉症	1	2	3	4
食物アレルギー	1	2	3	4
薬物アレルギー	1	2	3	4
動物アレルギー	1	2	3	4
金属アレルギー	1	2	3	4
蕁麻疹 (じんましん)	1	2	3	4
アナフィラキシー	1	2	3	4
その他アレルギー ()	1	2	3	—

Q8. 実施可能な検査についてご回答ください。(当てはまるものすべて選択) 【必須回答】

<ol style="list-style-type: none"> 1. 呼吸機能検査 2. 呼気中一酸化窒素濃度 (FeNO) 検査 3. 食物経口負荷試験 (入院) 4. 食物経口負荷試験 (外来) 5. 皮膚プリックテスト 6. パッチテスト 7. 特異的IgE抗体検査 (血液検査) 8. その他 () 9. 検査は実施していない
--

