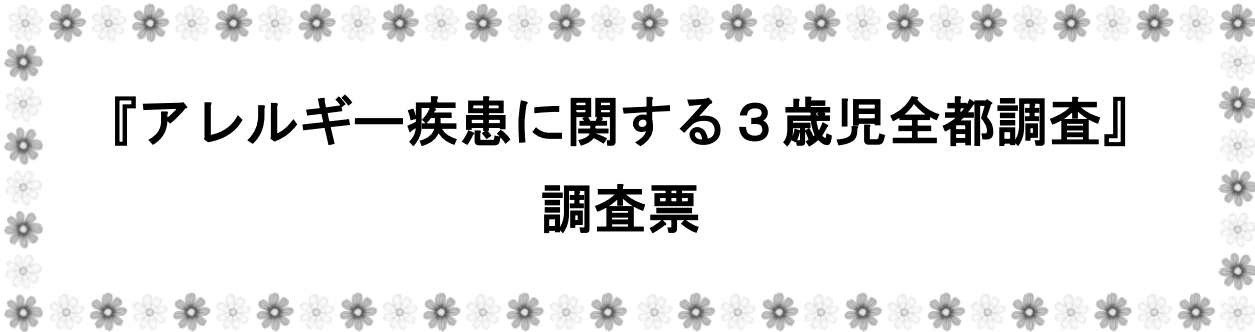


区市町村コード



『アレルギー疾患に関する3歳児全都調査』 調査票

アンケート調査へのご協力をお願いいたします。

- ・ 本調査の対象者は、2019年10月の3歳児健診の対象者のお子様です。
- ・ 記載内容については、本調査の目的以外に使用しません。
- ・ 調査結果は統計的に処理を行い、個人が特定される心配はありません。
- ・ 本調査は東京都が調査会社【株式会社総合環境計画】へ委託して実施しています。
ご不明の点がございましたら下記の東京都の担当までご連絡ください。

東京都健康安全研究センター 企画調整部 健康危機管理情報課 環境情報担当
専用ダイヤル 03-3363-3938 (平日9時から17時まで)

※ この調査票は、ご記入後、同封の返信用封筒（切手不用）に入れてご投函していただくか、別紙の手順に沿ってWEBサイトによりご回答をお願いします。
ご投函及びご回答は、2019年11月13日（水曜日）までにお願いいたします。



WEB回答用個別ID

～ご記入に際して～

選択肢に番号がある場合は、あてはまる番号に○をつけてください。
 回答欄の□には、該当するものに☑をいれてください。
 それ以外は、設問に沿ってお答えください。

今回対象となる3歳のお子様について、お答えください。
 以下の項目について、記入またはあてはまるものをお選びください。

* お住まい： () 区・市・町・村

* 性 別： 男児 ・ 女児

* 保育施設等の通園状況

 1. 通園していない

 2. 通園している

 1 通い始めた年齢 歳 ヶ月

 2 現在通園している施設

 [1. 認可保育所、2. 認証保育所、3. 幼稚園、4. 認定こども園、

 5. 上記以外の保育施設、6. その他]

問1 これまでに、下記の1から6のアレルギー「症状」がありましたか？
 また、この1年間に「症状」がありましたか？
 1から6の症状のそれぞれについて、「あり」か「なし」の□に☑をつけてください。

		これまで	この1年間
1	呼吸器症状(セキこみ、息が「ゼーゼー」、 「ヒューヒュー」など、苦しそうな症状)	□あり ・ □なし	□あり ・ □なし
2	食物アレルギー症状 (食物を食べてアレルギー反応を起こす)	□あり ・ □なし	□あり ・ □なし
3	アトピー性皮膚炎症状 (皮膚の乾燥とかゆみを伴う湿疹をくり返す)	□あり ・ □なし	□あり ・ □なし
4	アレルギー性鼻炎症状 (花粉症を含む) (くしゃみや鼻水、鼻づまりが長引く)	□あり ・ □なし	□あり ・ □なし
5	アレルギー性結膜炎症状(花粉症を含む) (目のかゆみや充血が長引く)	□あり ・ □なし	□あり ・ □なし
6	じんましん症状	□あり ・ □なし	□あり ・ □なし

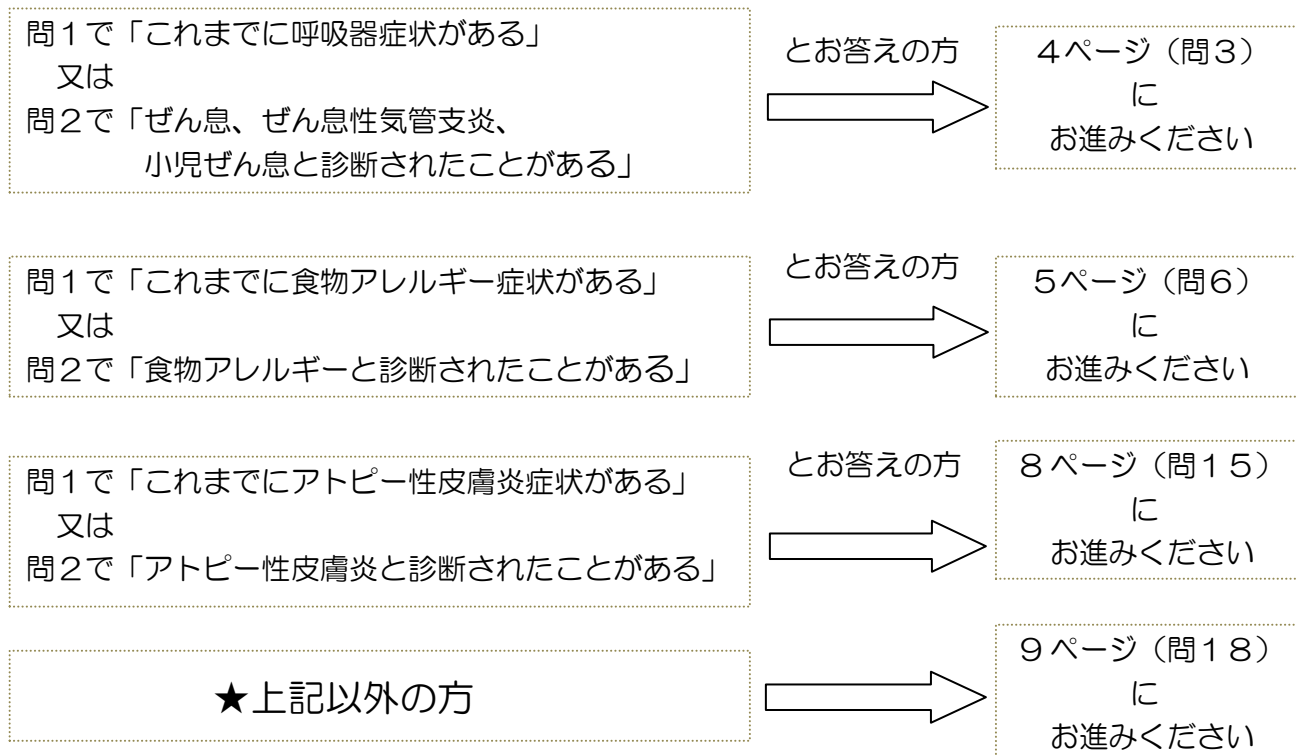
問2 これまでに、下記の1から6のアレルギー疾患と医師に「診断」されたことがありますか？

1から6のそれぞれの疾患について「あり」か「なし」の□に☑をつけてください。

診断されたことがある方は、診断された年齢、診断までにかかった医療機関数（診断した医療機関を含む）をお答えください。また、現在通院中（又は管理中）の方は、□に☑をいれてください。

1	ぜん息 ぜん息性気管支炎 小児ぜん息	<input type="checkbox"/> あり	()歳()か月 医療機関数()か所 <input type="checkbox"/> 現在通院中(又は管理中)	<input type="checkbox"/> なし
2	食物アレルギー	<input type="checkbox"/> あり	()歳()か月 医療機関数()か所 <input type="checkbox"/> 現在通院中(又は管理中)	<input type="checkbox"/> なし
3	アトピー性皮膚炎	<input type="checkbox"/> あり	()歳()か月 医療機関数()か所 <input type="checkbox"/> 現在通院中(又は管理中)	<input type="checkbox"/> なし
4	アレルギー性鼻炎 (花粉症を含む)	<input type="checkbox"/> あり	()歳()か月 医療機関数()か所 <input type="checkbox"/> 現在通院中(又は管理中)	<input type="checkbox"/> なし
5	アレルギー性結膜炎 (花粉症を含む)	<input type="checkbox"/> あり	()歳()か月 医療機関数()か所 <input type="checkbox"/> 現在通院中(又は管理中)	<input type="checkbox"/> なし
6	じんましん	<input type="checkbox"/> あり	()歳()か月 医療機関数()か所 <input type="checkbox"/> 現在通院中(又は管理中)	<input type="checkbox"/> なし

<次の質問は下記に従ってお進みください。>



問1で「これまでに呼吸器症状がある」又は、問2で「ぜん息、ぜん息性気管支炎、小児ぜん息と診断されたことがある」とお答えの方にお聞きします。

⇒ ない方は、5ページにお進みください。

問3 これまでに、セキこんだり、息が「ゼーゼー」、「ヒューヒュー」するなど、苦しそうな症状が2回以上出たことはありますか。また、初めて症状が出たのは何歳何ヶ月頃ですか。あてはまる番号一つに○印をつけてください。

- | |
|--------------------------------|
| 1. あり ⇒ () 歳 () か月頃 |
| 2. なし (まったく症状が出ていない、1回だけ症状が出た) |

問4 上記のような呼吸器症状に関して、この1年間の状態について、以下の1から6までのうち、最も近い番号一つに○をつけてください。

1	この1年間は、上記の呼吸器症状が全くなかった。
2	上記の呼吸器症状が、年に数回、季節的にあった。ときに呼吸困難を伴うこともあったが、その時だけ気管支を広げる薬(β ₂ 刺激薬)を使い、短期間で症状は改善した。
3	上記の呼吸器症状が、月1回以上、週1回未満あった。ときに呼吸困難を伴うこともあったが、長く続くことはなく、日常生活が障害されることは少なかった。
4	上記の呼吸器症状が、週1回以上あったが、毎日続くほどではなかった。ときにその症状により日常生活や睡眠が障害されることがあった。
5	上記の呼吸器症状が、毎日あった。週に1~2回、その症状により日常生活や睡眠が障害されることがあった。
6	治療を受けても上記5の状態が続いた。しばしば夜間に時間外受診し、入退院をくり返した。

問5 問2で「ぜん息、ぜん息性気管支炎、小児ぜん息」の診断を受けた方にお聞きします。

現在治療のために、1ヵ月以上の間、毎日使用するよう医師から処方されている薬はありますか。「あり」の方は、処方されている薬の種類をすべてを選び、番号に○をつけてください。

- | | | | | |
|---------|------------|----------|--------|-------|
| 1. あり ⇒ | 1. 内服薬 | | | |
| | 2. 吸入薬 ⇒ | 1. ステロイド | 2. その他 | 3. 不明 |
| | 3. はり薬 | | | |
| | 4. その他 () | | | |
| 2. なし | | | | |

問1で「これまでに食物アレルギーの症状がある」又は、問2で「食物アレルギーと診断されたことがある」とお答えの方にお聞きします。

⇒ ない方は、8ページにお進みください。

問6 食物アレルギーの症状が初めて起きたのは、何歳何か月頃ですか。数字でお書きください。

() 歳 () か月頃

問7 これまで食物アレルギーで出たことのある症状はどのような症状でしたか。あてはまる症状をすべて○で選んでください。

皮膚の症状	1. かゆみ	2. じんましん	3. 赤くなる
目の症状	1. 目のかゆみや充血	2. まぶたの腫れ	
鼻の症状	1. くしゃみ	2. 鼻水	3. 鼻づまり
口の症状	1. 口の中の違和感	2. 唇の腫れ	
消化器の症状	1. 腹痛	2. 吐き気	3. おう吐 4. 下痢
呼吸器の症状	1. 声がかすれる	2. 犬が吠えるような咳	3. のどや胸が締め付けられる
	4. 咳	5. 息がしにくい	6. ゼーゼー、ヒューヒュー
ショック症状	1. 意識がない	2. 意識もうろう	3. ぐったり
	4. 尿や便を漏らす	5. 脈が触れにくい	6. 唇やつめが青白い
その他	()		

問8 これまでに食物アレルギーの症状が出た原因（と思われる）食物は何でしたか。あてはまるものすべてに○をつけてください。

1. 鶏卵	2. 牛乳	3. 小麦	4. そば	5. 落花生（ピーナッツ）	6. えび	7. かに
8. あわび	9. いか	10. いくら	11. オレンジ	12. カシューナッツ		
13. キウイフルーツ	14. 牛肉	15. クルミ	16. ゴマ	17. さけ		
18. さば	19. ゼラチン	20. 大豆	21. 鶏肉	22. パナナ		
23. 豚肉	24. まつたけ	25. もも	26. やまいも	27. りんご		
28. その他 ()						
29. 原因となる食物は分からない						

問9 これまでにアレルギー食物経口負荷試験（注）を受けたことがありますか。ある場合は回数もお答えください。

注) 食物経口負荷試験：医療機関で医師の監視のもと、実際にその食品を少しずつ量を増やしながら食べて、アレルギー症状がでるかどうかが調べる試験

1. あり → 回数：() 回 2. なし

回数を覚えていない場合は空欄にしてください。

問10 現在、医師の指示で食物アレルギー原因食物の制限や除去をしていますか。
制限や除去をしている場合は、あてはまる食物すべてに○をつけてください。

1. 制限や除去をしていない	2. 制限や除去をしている																																										
【制限又は除去をしている場合】																																											
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 12.5%;">1. 鶏卵</td> <td style="width: 12.5%;">2. 牛乳</td> <td style="width: 12.5%;">3. 小麦</td> <td style="width: 12.5%;">4. そば</td> <td style="width: 12.5%;">5. 落花生 (ピーナッツ)</td> <td style="width: 12.5%;">6. えび</td> <td style="width: 12.5%;">7. かに</td> </tr> <tr> <td>8. あわび</td> <td>9. いか</td> <td>10. いくら</td> <td>11. オレンジ</td> <td>12. カシューナッツ</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>13. キウイフルーツ</td> <td>14. 牛肉</td> <td>15. クルミ</td> <td>16. ゴマ</td> <td>17. さけ</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>18. さば</td> <td>19. ゼラチン</td> <td>20. 大豆</td> <td>21. 鶏肉</td> <td>22. バナナ</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>23. 豚肉</td> <td>24. まつたけ</td> <td>25. もも</td> <td>26. やまいも</td> <td>27. りんご</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="7">28. その他 ()</td> </tr> </table>		1. 鶏卵	2. 牛乳	3. 小麦	4. そば	5. 落花生 (ピーナッツ)	6. えび	7. かに	8. あわび	9. いか	10. いくら	11. オレンジ	12. カシューナッツ			13. キウイフルーツ	14. 牛肉	15. クルミ	16. ゴマ	17. さけ			18. さば	19. ゼラチン	20. 大豆	21. 鶏肉	22. バナナ			23. 豚肉	24. まつたけ	25. もも	26. やまいも	27. りんご			28. その他 ()						
1. 鶏卵	2. 牛乳	3. 小麦	4. そば	5. 落花生 (ピーナッツ)	6. えび	7. かに																																					
8. あわび	9. いか	10. いくら	11. オレンジ	12. カシューナッツ																																							
13. キウイフルーツ	14. 牛肉	15. クルミ	16. ゴマ	17. さけ																																							
18. さば	19. ゼラチン	20. 大豆	21. 鶏肉	22. バナナ																																							
23. 豚肉	24. まつたけ	25. もも	26. やまいも	27. りんご																																							
28. その他 ()																																											

問11 現在、自主的（医師の診断とは別に）に食物アレルギーの原因（と思われる）食物を制限又は除去をしていますか。
制限又は除去をしている場合、あてはまる食物すべてに○をつけてください。

1. 制限や除去をしていない	2. 制限や除去をしている																																										
【制限又は除去をしている場合】																																											
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 12.5%;">1. 鶏卵</td> <td style="width: 12.5%;">2. 牛乳</td> <td style="width: 12.5%;">3. 小麦</td> <td style="width: 12.5%;">4. そば</td> <td style="width: 12.5%;">5. 落花生 (ピーナッツ)</td> <td style="width: 12.5%;">6. えび</td> <td style="width: 12.5%;">7. かに</td> </tr> <tr> <td>8. あわび</td> <td>9. いか</td> <td>10. いくら</td> <td>11. オレンジ</td> <td>12. カシューナッツ</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>13. キウイフルーツ</td> <td>14. 牛肉</td> <td>15. クルミ</td> <td>16. ゴマ</td> <td>17. さけ</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>18. さば</td> <td>19. ゼラチン</td> <td>20. 大豆</td> <td>21. 鶏肉</td> <td>22. バナナ</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>23. 豚肉</td> <td>24. まつたけ</td> <td>25. もも</td> <td>26. やまいも</td> <td>27. りんご</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="7">28. その他 ()</td> </tr> </table>		1. 鶏卵	2. 牛乳	3. 小麦	4. そば	5. 落花生 (ピーナッツ)	6. えび	7. かに	8. あわび	9. いか	10. いくら	11. オレンジ	12. カシューナッツ			13. キウイフルーツ	14. 牛肉	15. クルミ	16. ゴマ	17. さけ			18. さば	19. ゼラチン	20. 大豆	21. 鶏肉	22. バナナ			23. 豚肉	24. まつたけ	25. もも	26. やまいも	27. りんご			28. その他 ()						
1. 鶏卵	2. 牛乳	3. 小麦	4. そば	5. 落花生 (ピーナッツ)	6. えび	7. かに																																					
8. あわび	9. いか	10. いくら	11. オレンジ	12. カシューナッツ																																							
13. キウイフルーツ	14. 牛肉	15. クルミ	16. ゴマ	17. さけ																																							
18. さば	19. ゼラチン	20. 大豆	21. 鶏肉	22. バナナ																																							
23. 豚肉	24. まつたけ	25. もも	26. やまいも	27. りんご																																							
28. その他 ()																																											

問12 これまでに、ショック症状（注）を起こしたことがありますか。ある方は、回数も記入してください。

注）ショック症状：意識がない、意識もうろう、ぐったり、尿や便を漏らす、脈が触れにくい、唇やつめが青白い等

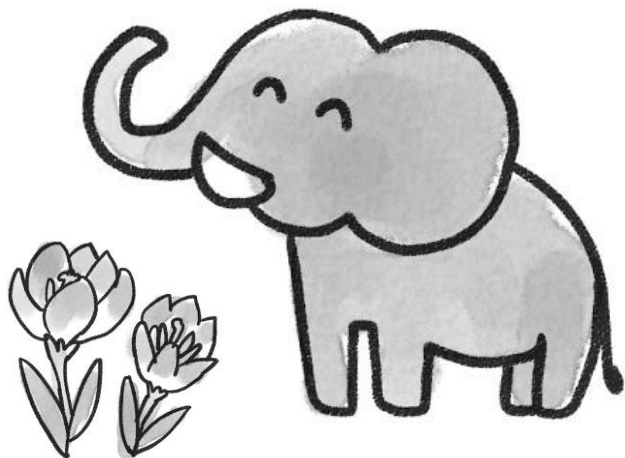
1. あり → 回数：() 回	2. なし
------------------	-------

問13 アドレナリン自己注射薬（エピペン®）を処方されていますか。

1. 処方されている	2. 処方されていない
------------	-------------

問 1 4 これまでに、誤食（アレルギー症状を起こす食べ物を誤って食べた）で、食物アレルギーの症状が出たことはありますか。ありの方は、場所と原因（番号）をお書きください。

1. あり	2. なし
↓	
<p>記入例 ① 自宅・・・・・・・・原因【①、④】</p>	
1. 自宅・・・・・・・・原因【	】
2. 保育施設等・・・・・・・・原因【	】
3. 親戚・知人宅・・・・・・・・原因【	】
4. 飲食店等の外食先・・原因【	】
5. その他・・・・・・・・原因【	】
()
<p><原因> ①調理段階で原因食材が混入した ②誤って配膳された ③他の人の食品を食べるか触れるかした ④原因食材が明記されていなかった ⑤原因食材の未確認 ⑥アレルギー情報が適切に伝えられなかった ⑦アレルギー情報が共有されていなかった ⑧その他 ()</p>	



問1で「これまでにアトピー性皮膚炎の症状がある」又は、問2で「アトピー性皮膚炎と診断されたことがある」とお答えの方にお聞きします。

⇒ ない方は、9ページにお進みください。

問15 アトピー性皮膚炎の症状が初めて起きたのは、何歳何か月頃ですか。数字でお書きください。

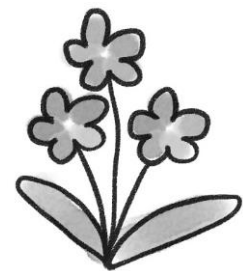
()歳 ()か月頃

問16 治療中の方にお聞きします。現在どのような治療を受けていますか。あてはまるものすべてに○をつけてください。

1. スキンケアの指導
2. 薬物療法
⇒
 1. ステロイド外用薬（塗り薬）
 2. ステロイド内服薬（飲み薬）
 3. 上記以外の外用薬（塗り薬）
 4. 上記以外の内服薬（飲み薬）
3. その他 ()

問17 医師からステロイド外用薬（塗り薬）の治療を勧められた際のお考えについて、あてはまるもの1つに○をつけてください。

1. 使う
2. できれば使いたくないが、必要であれば使う
3. 必要であっても使わない
4. その他 ()



★ 下記以降は全ての方がお答えください。

問18 アレルギーの有無とは関係なく、これまでに一度も食べたことがない食品（未摂取）がありますか。あてはまるものすべてに○をつけてください。

1. 鶏卵	2. 牛乳	3. 小麦	4. そば	5. 落花生（ピーナッツ）	6. えび	7. かに
8. あわび	9. いか	10. いくら	11. オレンジ	12. カシューナッツ		
13. キウイフルーツ	14. 牛肉	15. クルミ	16. ゴマ	17. さけ		
18. さば	19. ゼラチン	20. 大豆	21. 鶏肉	22. バナナ		
23. 豚肉	24. まつたけ	25. もも	26. やまいも	27. りんご		
28. この中に食べたことのない食品はない						

問19 沐浴以外の子供のスキンケアの方法（洗い方や保湿剤の塗り方など）について知る機会がありましたか。「あり」の方は、あてはまるものすべてに○をつけてください。

1. あり ⇒	1. 出産した医療機関・産院等	2. 医療機関	3. 新生児訪問
	4. 保健所・保健センター（乳児健診含む）		
	5. 育児雑誌	6. インターネット	7. 友人・知人
	8. 親族		
	9. その他（		）
2. なし			

問20 現在どのようにスキンケア（洗い方・石鹸の使用・保湿）を行っていますか。それぞれの項目で主に行っている番号1つに○をつけてください。

<体の洗い方について>	
1. 主にタオル類を使って洗う	2. 主に手のみで洗う
3. その他（	）
<石鹸等の使用や使い方について>	
1. 石鹸等を使い、よく泡立てて洗う	2. 石鹸等を使い、泡立ては気にせず洗う
3. 石鹸等を使わず洗う	
4. その他（	）
<保湿剤の使用について>	
1. 年間を通して保湿剤を使う	2. 季節や皮膚の状況などによって保湿剤を使う
3. 保湿剤はほとんど使わない	4. 保湿剤は使わない
5. その他（	）

問 2 1 アレルギーに関する情報の入手方法として、あてはまるものすべてに○をつけてください。

1. 医療機関	2. 保健所・保健センター	3. 公的機関のパンフレット
4. 講演会や公開講座	5. 友人・知人	6. ホームページ（東京都アレルギー情報 navi.）
7. 親族	8. 育児雑誌	9. ホームページ（専門の学会）
10. 書籍	11. テレビ	12. ホームページ（その他）
13. その他（		）
		14. 特に得ていない

* 東京都アレルギー情報 navi. : 東京都が発信するアレルギーに関する総合サイト

URL : <http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/allergy/>

問 2 2 子どものアレルギーに関する情報について、今後ご希望するものがありましたら、項目と内容（番号）を選んでください。

記入例	
①. ぜん息について・・・・・・・・・・内容【①、④】	
1. ぜん息について・・・・・・・・・・内容【	<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px;"> <p><内容></p> <p>①一般的な知識</p> <p>②専門医療機関の情報</p> <p>③治療方法</p> <p>④緊急時の対応</p> <p>⑤その他（自由記載）</p> </div>
2. 食物アレルギーについて・・・・・・・・内容【	
3. アトピー性皮膚炎について・・・・・・・・内容【	
4. アレルギー性鼻炎について・・・・・・・・内容【	
5. アレルギー性結膜炎について・・・・・・・・内容【	
6. その他（	
）・・・・・・・・内容【	
7. 特にない	

問 2 3 子どものアレルギーに関して、保育施設・幼稚園等へのご希望がありましたら、あてはまるものすべてに○をつけてください。

1. アレルギー疾患に関する職員の理解と知識の向上
2. 相談体制の充実
3. アレルギー対応食の提供
4. アレルギーの薬の預かり
5. その他（
）
6. 希望することはない

問24 子どものアレルギーに関して、行政（都や区市町村）へのご希望がありましたら、あてはまるものすべてに○をつけてください。

1. 住民へのアレルギー疾患に関する知識や情報の提供
2. 住民への医療機関に関する情報の提供
3. 保健・福祉・教育関係者に対する知識や理解の向上のための取組
4. 食品表示の監視の徹底
5. その他（)

問25 子どものアレルギーに関して、医療機関へのご希望がありましたら、あてはまるものすべてに○をつけてください。

1. 薬や治療法などの十分な説明と相談対応
2. 夜間や救急対応の充実
3. 専門医療機関の増加
4. 保健・福祉・教育関係者などへの指導
5. 専門医への紹介等医療機関どうしの連携強化
6. その他（)

問26 アレルギーに関してお困りのことなどありましたらご記入ください。

～ご協力ありがとうございました～

