

# 鼻アレルギー患者様診療録

(症例番号\_\_\_\_\_)

医療施設名(\_\_\_\_\_) 診療科名(\_\_\_\_\_)

● 症 例 カルテ番号(\_\_\_\_\_) 患者イニシャル(\_\_\_\_\_) 年齢(\_\_\_\_) 歳 性別(\_\_\_\_)

(初診・再診)

● 問 診 票 主 訴：①くしゃみ ②水性鼻漏 ③鼻閉 ④鼻のかゆみ ⑤眼のかゆみ ⑥涙目

発症年齢：(\_\_\_\_) 歳

好発時期：(丸印をつけて下さい。複数選択可) 1月 2月 3月 4月 5月 6月  
7月 8月 9月 10月 11月 12月

合 併 症：①喘息 ②アトピー性皮膚炎 ③蕁麻疹 ④食物アレルギー ⑤眼アレルギー  
⑥その他(\_\_\_\_\_)

既 往 歴：上の疾患から該当する番号を記入。(\_\_\_\_\_)

家 族 歴：上の疾患から該当する番号を記入。(\_\_\_\_\_)

生 活 歴：①タバコ(\_\_\_\_本、止めた) ②飲酒 ③運動 ④ペット飼育(\_\_\_\_\_)

アレルゲン：①家塵 ②ダニ ③花粉 ④カビ ⑤動物  
⑥食物(\_\_\_\_\_) ⑦職業性物質(\_\_\_\_\_)

増悪因子：①風邪 ②運動 ③気象(寒冷、灼熱 乾燥、雨、雪、台風) ④煙(喫煙など) ⑤におい  
⑥過労 ⑦心理ストレス ⑧月経 ⑨薬物(鎮痛薬など) ⑩食事 ⑪アルコール

● 診断項目(確認された項目にチェック)

- くしゃみ、水性鼻漏、鼻閉
- 鼻汁好酸球検査(+)
- アレルゲン皮膚テスト・IgE抗体検査(+)
- 鼻粘膜誘発テスト(+)
- 鑑別疾患の除外：急性鼻炎(鼻かぜ)、副鼻腔炎、血管運動性鼻炎、好酸球増多性鼻炎

◆ 鼻アレルギー診療ガイドラインに沿った治療の開始(または変更)前後の重症度と治療薬  
(フローチャートを参照して下さい。)

(1) 治療の開始(または変更)前後の重症度を丸で囲んでください。

	無症状	軽 症	中等症	重 症	最重症
治療開始(または変更)前	—	+	++	+++	++++
治療開始(または変更)後	—	+	++	+++	++++

(2) 投与治療薬(商品名と投与量を記入してください)

	治療開始(または変更)前	治療開始(または変更)後
抗ヒスタミン薬		
遊離抑制薬		
鼻噴霧用ステロイド薬		
ロイコトリエン拮抗薬		
点眼薬		

◆ 鼻アレルギー診療ガイドラインに沿った診療期間中のチェック項目

(確認、実施した項目を☑チェックするのにご利用下さい。)

項 目	治療開始(または変更)前	1ヶ月後	2ヶ月後	3ヶ月後
問 診	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
症 状	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
服薬状況	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
副作用チェック	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
理学的所見	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
臨床検査	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
鼻汁好酸球検査	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
生活指導	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
QOL調査(必須)(裏面に記入)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

# アレルギー性鼻炎QOL 調査票

記入方法は担当医にお任せしますが、できるだけ、アレルギー性鼻炎(花粉症を含む)患者様へ問診の上、鼻アレルギー診療ガイドラインに沿った治療の開始(または変更)前後における患者様の状態についてご記入をお願いします

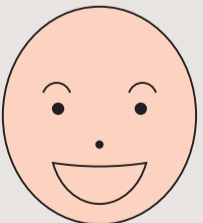
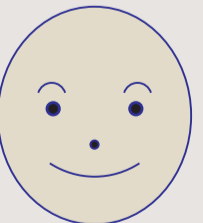
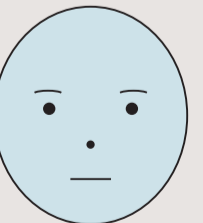
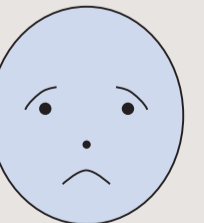

I 最近1~2週間でもっともひどかった鼻・眼の症状の程度について☑印をそれぞれつけて下さい。

鼻・眼の症状	治療開始(または変更)前					治療開始(または変更)後				
	調査日	平成	年	月	日	調査日	平成	年	月	日
	0 症状なし	1 軽い	2 やや重い	3 重い	4 非常に重い	0 症状なし	1 軽い	2 やや重い	3 重い	4 非常に重い
水っばな	<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"/>
くしゃみ	<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"/>
鼻づまり	<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"/>
鼻のかゆみ	<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"/>
目のかゆみ	<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"/>
涙目(なみだめ)	<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"/>

II Iの症状(鼻・眼)のために、同じく最近1~2週間でもっともひどかったQOL質問項目の程度について☑印をそれぞれつけて下さい。Iの症状(鼻・眼)と関係がないことがはっきりしている項目はなしの☐に×印をそれぞれつけて下さい。

QOL質問項目	治療開始(または変更)前					治療開始(または変更)後				
	0 なし (いいえ)	1 軽い	2 ややひどい	3 ひどい	4 とてもひどい	0 なし (いいえ)	1 軽い	2 ややひどい	3 ひどい	4 とてもひどい
1.勉強・仕事・家事の支障(さしさわり)	<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.精神集中不良	<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.思考力の低下(考えがまとまらない)	<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.新聞や読書の支障(不便)	<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.記憶力低下(ものおぼえが悪い)	<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.スポーツ、ピクニックなど野外生活の支障	<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"/>
7.外出の支障(控えがち)	<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"/>
8.人とつき合いの支障(控えがち)	<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"/>
9.他人と会話・電話の支障(さしさわり)	<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"/>
10.まわりの人が気になる	<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"/>
11.睡眠障害(眠りが良くない)	<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"/>
12.倦怠(けんたい)感(だるい)	<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"/>
13.疲労(つかれやすい)	<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"/>
14.気分が晴れない	<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"/>
15.いらいら感	<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"/>
16.ゆううつ	<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"/>
17.生活に不満足	<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"/>

総括的状态 治療開始(または変更)前後の患者さんの状態(症状、生活や気持ちを含めて)全般を表わす顔の番号に○印を付けて下さい。

患者さんの状態					
	晴ればれ ←				泣きたい →
治療開始(または変更)前	1	2	3	4	5
治療開始(または変更)後	1	2	3	4	5

\*本調査票は日本鼻アレルギーQOL調査票作成委員会の調査票(JRQLQ No.1)を改変したものです。