

(2)今までに処方を受けた薬の名前(自由回答)

通院経験者ベース

2006年(n=83)	
(件)	
・アレジアン	2
・インタール(点鼻薬)	2
・クラリチン	2
・アレルギーロック	1
・アレルゲン	1
・アルロイヤールネーザル	1
・アレロック(錠剤)	1
・イソルボン	1
・クラチン・エーエルシー	1
・ザジテン	1
・ステロイド点眼薬	1
・セレスタミン	1
・ゼベリン点眼薬	1
・タウロミン	1
・タリビット耳科	1
・ポララミン	1

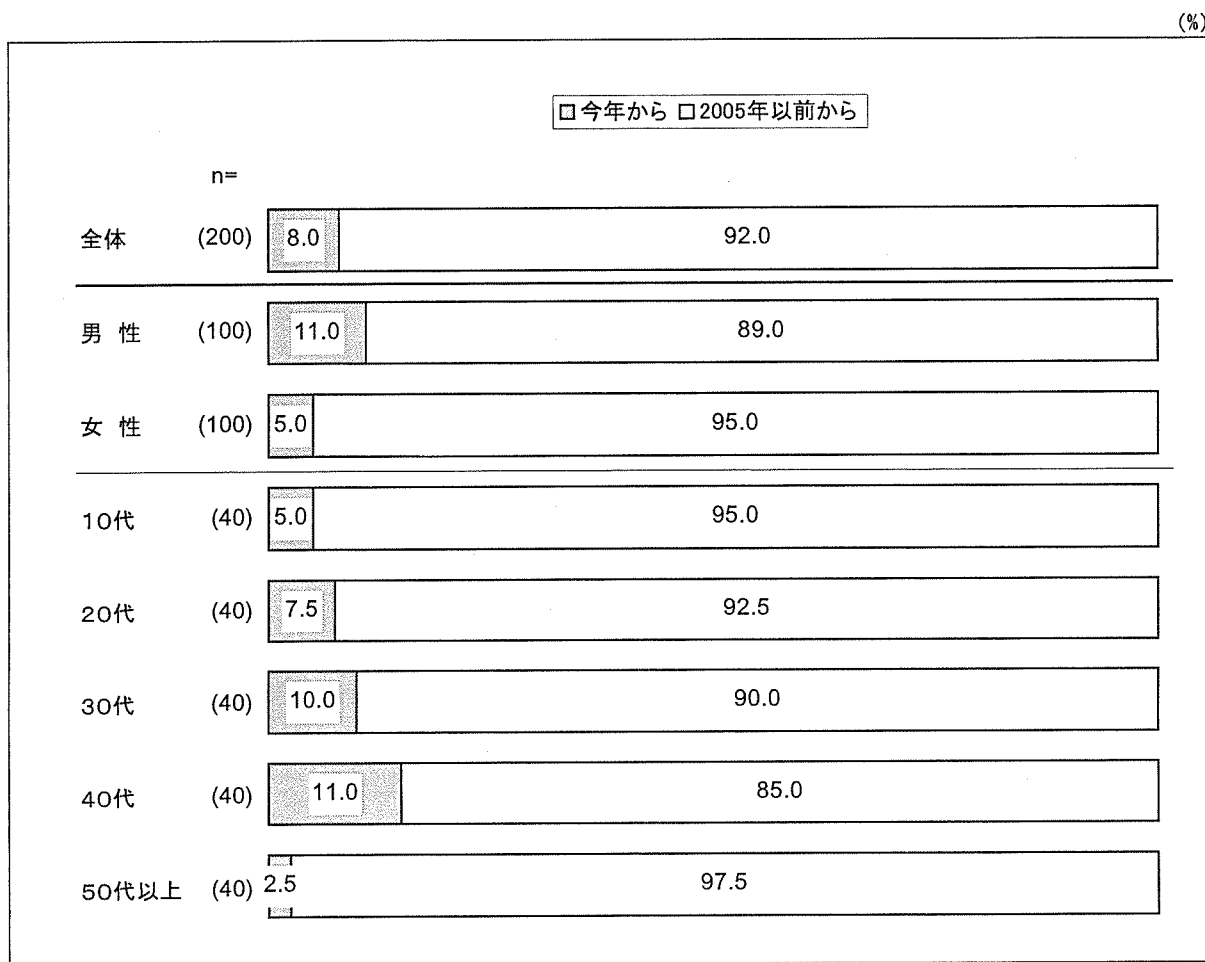
2005年(n=89)	
(件)	
・アレグラ	2
・アレジオン	2
・リザベン	2
・AQネーザル	1
・アゼプチン	1
・アリマン	1
・アルロイヤールネーザル	1
・アレロック	1
・インタール	1
・エルピナ、ケトテン、アリマン	1
・クラリチン	1
・ケトテン	1
・ゼスラン	1
・セレスタシン	1
・セレスタミン	1
・フルメロン	1
・リボスチン	1
・?トリ...	1
・濃いピンクのキャップ	1
・白いキャップ	1

2004年(n=115)	
(件)	
・インタール(目薬)	3
・セレスタミン	2
・リボスチン	2
・アルデシン	1
・サジテン(目薬)	1
・ステロイド	1
・ヒスタミン	1
・フルナーゼ点鼻薬	1
・ブルメロン0.02点眼薬	1
・ポー(薬)	1
・ムコダイン	1
・311号(錠剤)	1
・アレジオン	1
・エバステル	1
・グラビット点眼薬	1
・ケタス	1
・ゼスラン	1
・ニフラン点眼薬	1
漢方(粉状のもの)	1
〇〇チン(点鼻薬、点眼薬)	1
ピンクの錠剤	1
フォーク?トーク?点鼻薬	1

2003年(n=122)	
(件)	
・サジデン(点眼薬)	3
・アレグラ	2
・クラリチン(目薬)	2
・インタール(目薬)	2
・クラビットインタール	1
・ショウセイリュウトウインタール点眼薬	1
・アイビナール	1
・アスゲン	1
・アゼプチラン	1
・アルデシン	1
・アルロイヤールネーサル	1
・アレジオン	1
・エバステル	1
・オノンカプセルペミラストン	1
・オルガドロン点眼	1
・ジルテック	1
・ステロイド	1
・ヒスタミン	1
・リボスチンタリオン	1
・漢方	1


V. インフルエンザ・鼻汁・熱について

■花粉症にかかった時期




(件)

	n	'06	
		はい	いいえ
■ 昨年の1月から3月までにあなたはインフルエンザにかかりましたか？	(n=16)	3	13
■ 病院で検査を受けてインフルエンザと診断されましたか？	(n=3)	2	1
■ かったインフルエンザの対応は何型でしたか？	(n=2)		
A型		1	
B型		0	
不明		1	
■ 昨年あなたは1月から3月までに発熱があったことありましたか？	(n=16)	9	7
■ 昨年あなたは1月から3月までに大量の鼻汁などの風邪症状はありましたか？	(n=16)	10	6



参考



参考)出現率及び対象者属性

1回目:2006年3月15日実査(新宿)
2回目:2006年4月4日実査(新宿)

■出現率

街頭調査		1回目		2回目	
対象(花粉症である)	A	100	S	100	S
対象外(花粉症ではない)	B	357	S	267	S
出現率	$A/(A+B)*100$	21.9	%	27.2	%

web調査		1回目		2回目	
		n=(100)		n=(100)	
花粉症にかかったことがある		50.0	%	59.0	%
現在、花粉症にかかっている		43.0	%	56.0	%

■職業

(%)

	2006年	2005年	2004年	2003年
	n=(200)	(200)	(200)	(200)
小・中学生	-	0.5	-	0.5
高校生	6.5	14.5	10.0	9.5
大学・短大・専門学校生・ 大学院生	16.5	15.5	18.0	18.5
会社員・公務員	50.0	44.5	42.5	48.5
経営者・会社役員・団体	1.0	1.5	2.0	4.5
商工・サービス自営業	2.0	3.5	4.0	-
自由業	2.0	2.5	4.0	-
専業主婦	13.5	7.0	9.0	8.5
無職	-	-	-	2.0
フリーター・パートタイム	8.5	7.5	10.5	-
その他	-	1.0	-	8.0

調査票

日本アレルギー性鼻炎標準QOL調査票 (JRQLQ No2) 鼻眼以外の症状用

アレルギー性鼻炎（花粉症を含む）患者さんへ

現在の医療では、体の病気を治すだけでなく、患者さんがよりよい生活ができるよう治療すべきという考えが広まっています。そこであなたの病気がどれ位生活を障害し、治療により改善されるか調査するものなので、ご協力下さい。これは診療上の規則に従い、あなたのプライバシーは固く守られます。

以下の問いは難しく考えると答えられないかも知れませんが、あなたの印象で答えてください。

□に✓印をそれぞれつけて下さい。

1. 最近2週間で、くしゃみ、鼻水、鼻づまり、眼のかゆみの症状が2つ以上ありましたか？
□はい □いいえ
2. その症状はかぜのためではないと思いますか？
□はい □いいえ
3. 鼻や目の症状はほぼ毎年きまった季節に繰り返しますか？
□はい □いいえ
4. 程度の差はあってもほぼ1年中起こりますか？
□はい □いいえ
5. ここ2、3年の間にこの症状で医者にいきましたか？
□はい □いいえ
6. 医者に花粉症とかアレルギー性鼻炎といわれましたか？
□はい □いいえ
7. 喘息といわれたことがありますか？
□はい □いいえ

1、2、3、5、6または1、2、4、5、6のすべてにはいと答えた人だけ、以下の質問に答えて下さい。
ただし病[医]院においてアレルギー検査などでアレルギー性鼻炎の診断が確かな方は、そのまま以下の質問に答えて下さい。

I 鼻、眼症状について…

ここ2週間でもっともひどかった症状の程度についてそれぞれの□に✓印をつけて下さい。

鼻・眼の症状	0 症状なし	1 軽い	2 やゝ重い	3 重い	4 非常に重い
水っぱな	<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"/>
鼻づまり	<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"/>
目のかゆみ	<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"/>

裏につづく

II 鼻、眼以外の症状について…

最近2週の間、以下の症状があったなら、困った程度を口に✓印をして下さい。そのような症状がなければいいの口に✓印をして下さい。もし、その症状がアレルギー性鼻炎に関係のない症状ならいいの口に×印をして下さい。

鼻・眼以外の症状	いいえ	困らない	すこし	かなり	大いに
1. のどがせいせいする	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. せきがでる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 痰がでる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 声がかれる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. のどがかゆい	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. のどが痛い	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. 息が苦しい	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. においがにぶい	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. たべものがまずい	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. 口が渇く	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. 耳がつまる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. 皮膚がかゆい	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. 熱がでる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. 頭痛がする	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. いびきをかく	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

記入もれはありませんか？ 今一度みて下さい。ご協力ありがとうございました。

● これ以下は記入しないで下さい。

医師記入欄	患者名	カルテNO.	年齢	歳	性別：男・女		
	施設名	担当医師	記入日：平成	年	月 日		
	診断	季節性（抗原：） 通年性（抗原：） 非アレルギー（病名：）					
	治療	薬物	期間				
		免疫療法	期間				
		手術	期日				
		予防	期間				
	QOLスコア	いいえ 0点、困らない 1点、少し 2点、かなり 3点、大いに 4点					
	合計スコア	鼻・眼以外の症状	点	治療行為	点	予防	点
	領域別スコア	気道（1～4）	点	副作用（1～4）	点	マスク（1～3）	点
	のど（5、6）	点	使用（5～7）	点	侵入防止（4～7）	点	
	鼻閉（7～9）	点	局所（8、9）	点	室外曝露（8、9）	点	
	口、耳、皮膚（10～12）	点	薬効（10）	点	処置（10～12）	点	
	全身（13、14）	点	費用（11、12）	点	除去（13～15）	点	
	いびき（15）	点	通院（13、14）	点	タバコ（16）	点	

（禁 無断複製、複写、転載、改変）