

II. 各症状間の相関係数

■ 身体(鼻・眼)症状の相関係数

*濃い網掛け:相関係数0.6以上、薄い網掛け0.5以上

(相関係数)

	身体(鼻・眼)症状					
	水っぱな	くしゃみ	鼻づまり	鼻のかゆみ	目のかゆみ	涙目
水っぱな	1					
くしゃみ	0.4687	1				
鼻づまり	0.4615	0.3905	1			
鼻のかゆみ	0.4466	0.4685	0.3869	1		
目のかゆみ	0.2260	0.4645	0.2670	0.4611	1	
涙目(なみだめ)	0.2571	0.3852	0.2383	0.2931	0.6473	1

■ 鼻・眼以外の相関係数

	鼻・眼以外の症状						
	のどが ぜいぜい する	せきが でる	痰が でる	声か れる	のどが かゆい	のどが 痛い	息が 苦しい
のどがぜいぜいする	1						
せきがでる	0.5514	1					
痰がでる	0.4463	0.4509	1				
声か れる	0.4720	0.5027	0.5435	1			
のどが かゆい	0.3410	0.1771	0.2642	0.3211	1		
のどが 痛い	0.4790	0.3421	0.4182	0.4488	0.5493	1	
息が 苦しい	0.5723	0.4946	0.4019	0.4624	0.3720	0.4601	1
におい がにぶい	0.3872	0.3133	0.3205	0.3417	0.2593	0.3482	0.6013
たべ ものが まづい	0.4569	0.4245	0.4320	0.5130	0.3053	0.5229	0.6415
口が 渇く	0.2221	0.3661	0.3718	0.4027	0.2383	0.3547	0.3666
耳が つまる	0.4024	0.3378	0.3697	0.4105	0.3373	0.4336	0.4103
皮膚 がかゆい	0.3333	0.2416	0.2597	0.2689	0.2739	0.3087	0.3124
熱が 出る	0.4798	0.5264	0.4009	0.4072	0.2845	0.4942	0.5177
頭痛 がする	0.3941	0.4157	0.3064	0.4094	0.3184	0.3976	0.4162
いび きを かく	0.4187	0.3067	0.2961	0.2926	0.2036	0.2596	0.2874

(相関係数)

鼻・眼以外の症状							
においが にぶい	たべものが まづい	口が渇く	耳がつまる	皮膚が かゆい	熱が出る	頭痛がする	いびきをかく
1							
0.6529	1						
0.3112	0.3759	1					
0.3430	0.3718	0.4288	1				
0.2397	0.2891	0.3504	0.4012	1			
0.4119	0.5776	0.2923	0.5473	0.3561	1		
0.3306	0.3981	0.2183	0.4385	0.3868	0.5749	1	
0.1985	0.2500	0.0904	0.2843	0.3115	0.3353	0.4324	1

■ 身体(鼻・眼)症状と鼻・眼以外の症状との相関係数

*濃い網掛け:相関係数0.6以上、薄い網掛け0.5以上 (相関係数)

		身体(鼻・眼)症状					
		水っぱな	くしゃみ	鼻づまり	鼻のかゆみ	目のかゆみ	涙目
領域別スコア	①気道スコア	0.2150	0.2141	0.3123	0.2747	0.2488	0.3510
	②のどスコア	0.2207	0.2225	0.2311	0.3253	0.3279	0.2617
	③鼻閉スコア	0.2122	0.2393	0.2756	0.1773	0.2540	0.3097
	④口、耳、皮膚スコア	0.2579	0.2217	0.2798	0.3222	0.3134	0.4029
	⑤全身スコア	0.2879	0.2477	0.2367	0.2557	0.2222	0.3099
	⑥いびきスコア	0.2095	0.2247	0.1846	0.1934	0.0610	0.1240
鼻・眼以外の症状	のどがぜいぜいする	0.2661	0.2074	0.2421	0.2873	0.1469	0.2169
	せきがでる	0.1132	0.1661	0.2844	0.1447	0.1440	0.2750
	痰がでる	0.1697	0.1248	0.2145	0.1873	0.1829	0.2484
	声がかれる	0.1315	0.1791	0.2423	0.2528	0.3161	0.3686
	のどがかゆい	0.2002	0.2461	0.2290	0.3189	0.3257	0.2353
	のどが痛い	0.1880	0.1420	0.1760	0.2515	0.2489	0.2251
	息が苦しい	0.2386	0.2518	0.3254	0.1361	0.2414	0.3068
	においがにぶい	0.1949	0.1464	0.1867	0.1214	0.1780	0.1959
	たべものがまずい	0.1118	0.2316	0.2066	0.2122	0.2476	0.3132
	口が渇く	0.1279	0.1558	0.2231	0.1894	0.2857	0.3030
	耳がつまる	0.2594	0.1841	0.2026	0.2864	0.2011	0.2284
	皮膚がかゆい	0.2164	0.1747	0.2198	0.2732	0.2338	0.3845
	熱が出る	0.1766	0.2176	0.1937	0.2252	0.1577	0.2636
	頭痛がする	0.3124	0.2229	0.2230	0.2297	0.2263	0.2850
	いびきをかく	0.2095	0.2247	0.1846	0.1934	0.0610	0.1240

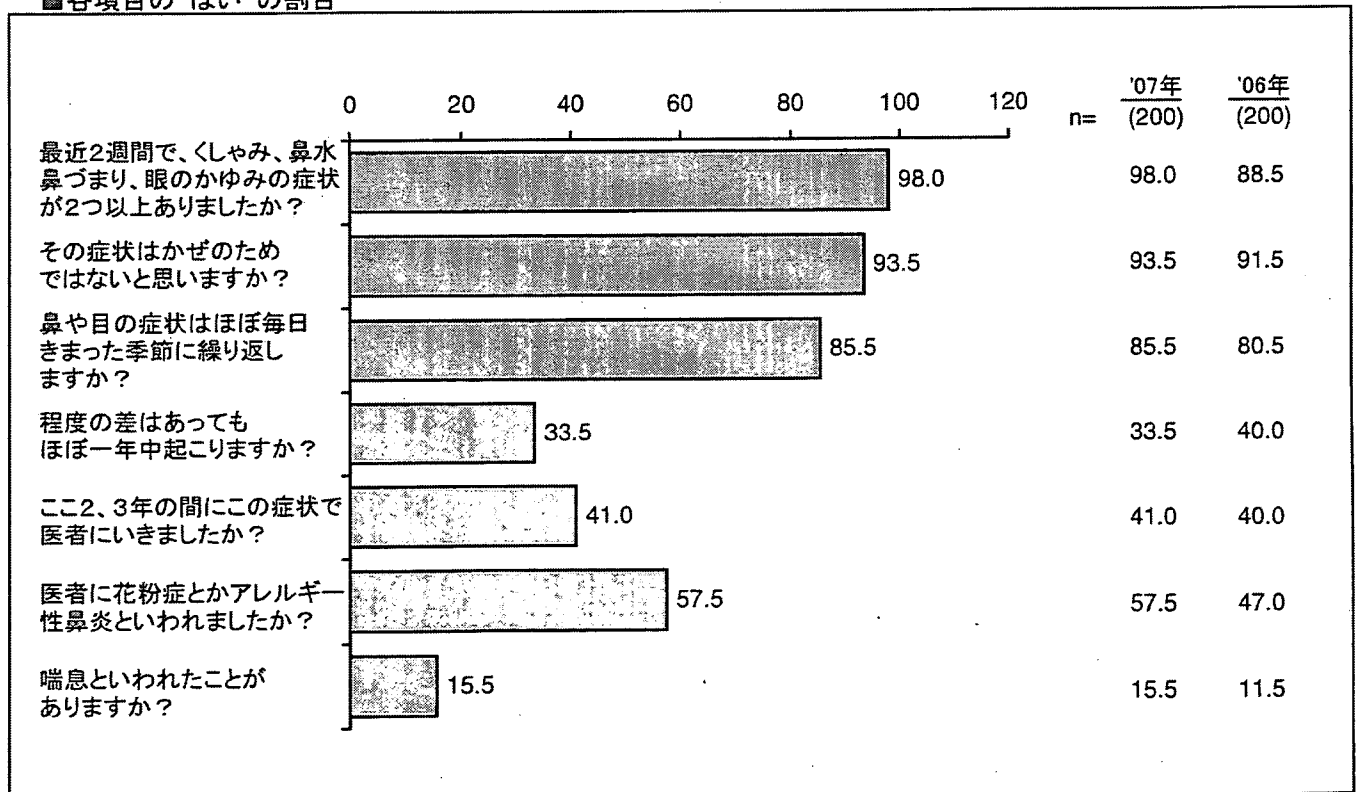
Ⅲ. 身体症状について

■アレルギー性鼻炎の症状

設問

- にレ印をそれぞれつけて下さい。（「はい」または「いいえ」を選択）
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？
 2. その症状はかぜのためではないと思いますか？
 3. 鼻や目の症状はほぼ毎日きまった季節に繰り返しますか？
 4. 程度の差はあってもほぼ一年中起きますか？
 5. ここ2、3年の間にこの症状で医者に行きましたか？
 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？
 7. 喘息といわれたことがありますか？

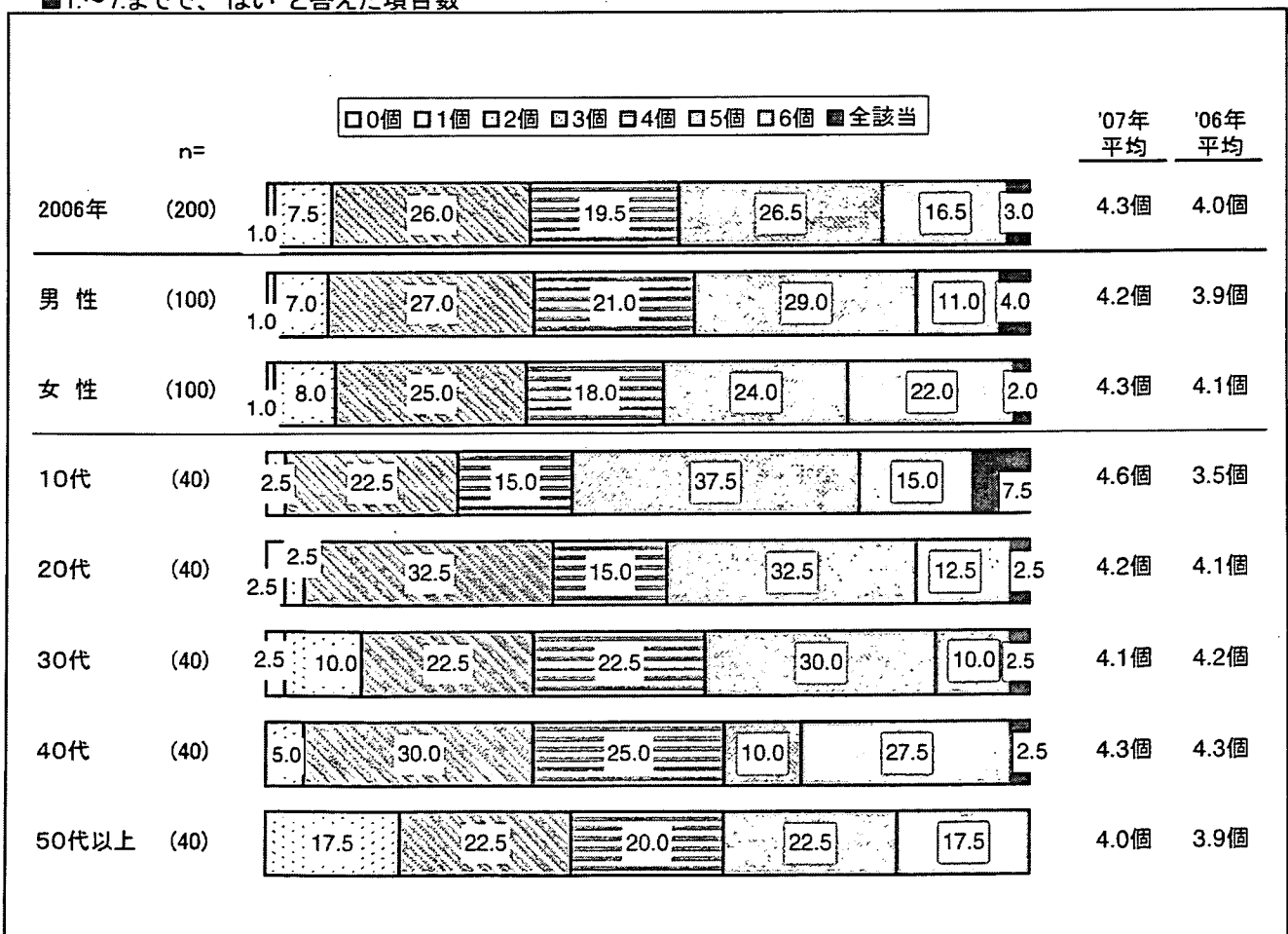
■各項目の“はい”の割合



設問

- にレ印をそれぞれつけて下さい。（「はい」または「いいえ」を選択）
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？
 2. その症状はかぜのためではないと思いますか？
 3. 鼻や目の症状はほぼ毎日きまった季節に繰り返しますか？
 4. 程度の差はあってもほぼ一年中起こりますか？
 5. ここ2、3年の間にこの症状で医者に行きましたか？
 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？
 7. 喘息といわれたことがありますか？

■1.~7.までで、“はい”と答えた項目数



■アレルギー性鼻炎の症状×身体(鼻・眼)症状

設問	
□ にレ印をそれぞれつけて下さい。(「はい」または「いいえ」を選択)	
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？
2.	その症状はかぜのためではないと思いますか？
3.	鼻や目の症状はほぼ毎日きまった季節に繰り返しますか？
4.	程度の差はあってもほぼ一年中起きますか？
5.	ここ2、3年の間にこの症状で医者にいきましたか？
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？
7.	喘息といわれたことがありますか？

◇全体の数字との95%信頼水準有意差検定結果

■	全体に比べ正(+) ¹⁾ の有意差あり
■	全体に比べ負(-) ²⁾ の有意差あり

■各項目の“はい”の割合

【Ⅰ：症状なし+軽い計】

【Ⅱ：やや重い+重い+非常に重い計】 (%)

n=	全体	水っぱな		くしゃみ		鼻づまり		鼻のかゆみ		目のかゆみ		涙目	
	(200)	(124)	(76)	(108)	(92)	(116)	(84)	(124)	(76)	(96)	(104)	(133)	(67)
		I	II	I	II	I	II	I	II	I	II	I	II
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？	98.0	97.6	98.7	98.1	97.8	96.6	100.0	96.8	100.0	95.8	100.0	97.0	100.0
その症状はかぜのためではないと思いますか？	93.5	90.3	98.7	93.5	93.5	93.1	94.0	91.1	97.4	91.7	95.2	94.0	92.5
鼻や目の症状はほぼ毎日きまった季節に繰り返しますか？	85.5	79.0	96.1	79.6	92.4	80.2	92.9	81.5	92.1	75.0	95.2	82.0	92.5
程度の差はあってもほぼ一年中起きますか？	33.5	29.8	39.5	29.6	38.0	28.4	40.5	25.8	46.1	25.0	41.3	29.3	41.8
ここ2、3年の間にこの症状で医者にいきましたか？	41.0	37.1	47.4	38.0	44.6	37.1	46.4	35.5	50.0	42.7	39.4	42.9	37.3
医者に花粉症とかアレルギー性鼻炎といわれましたか？	57.5	51.6	67.1	50.0	66.3	52.6	64.3	50.8	68.4	56.3	58.7	57.9	56.7
喘息といわれたことがありますか？	15.5	13.7	18.4	17.6	13.0	12.1	20.2	14.5	17.1	15.6	15.4	14.3	17.9

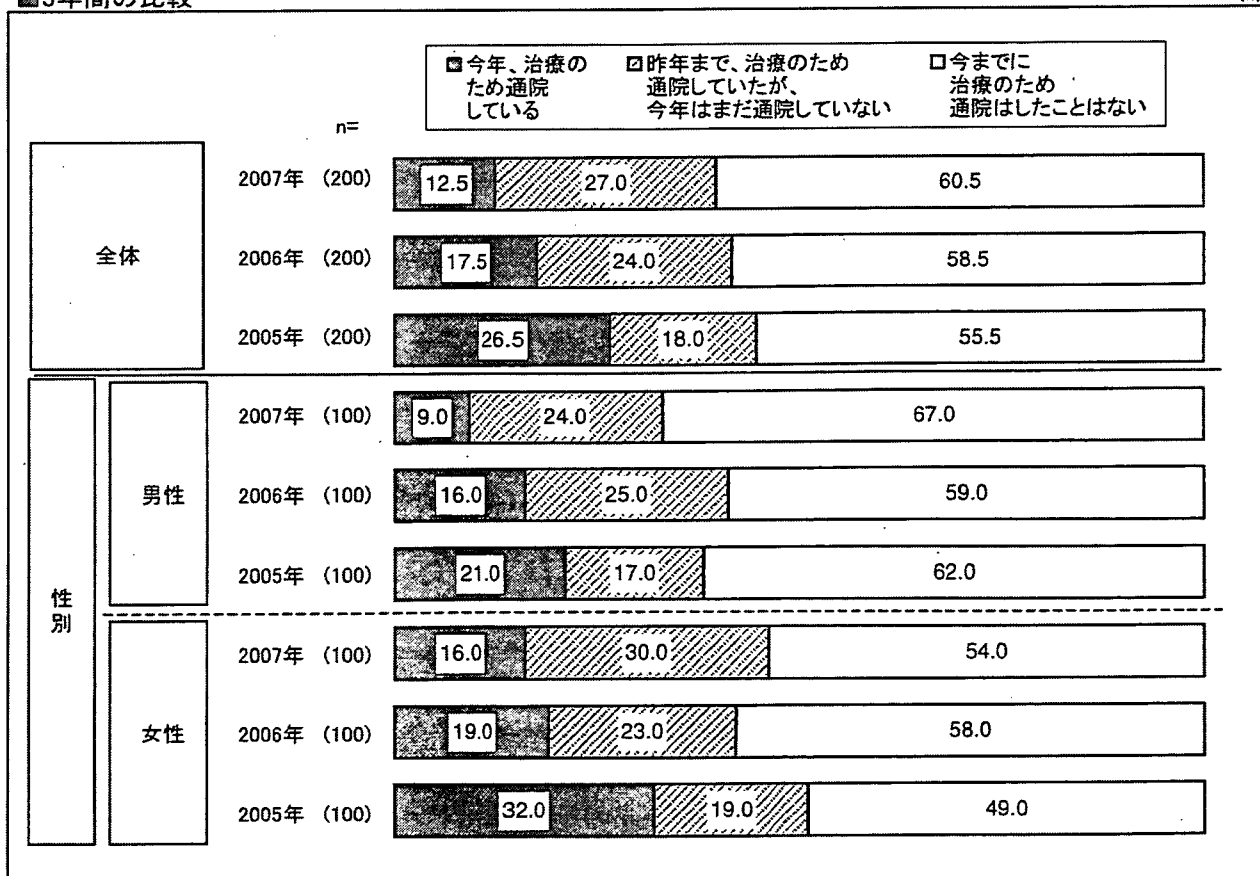
IV. 花粉症の治療状況

IV.花粉症の治療状況

(1)通院・治療状況

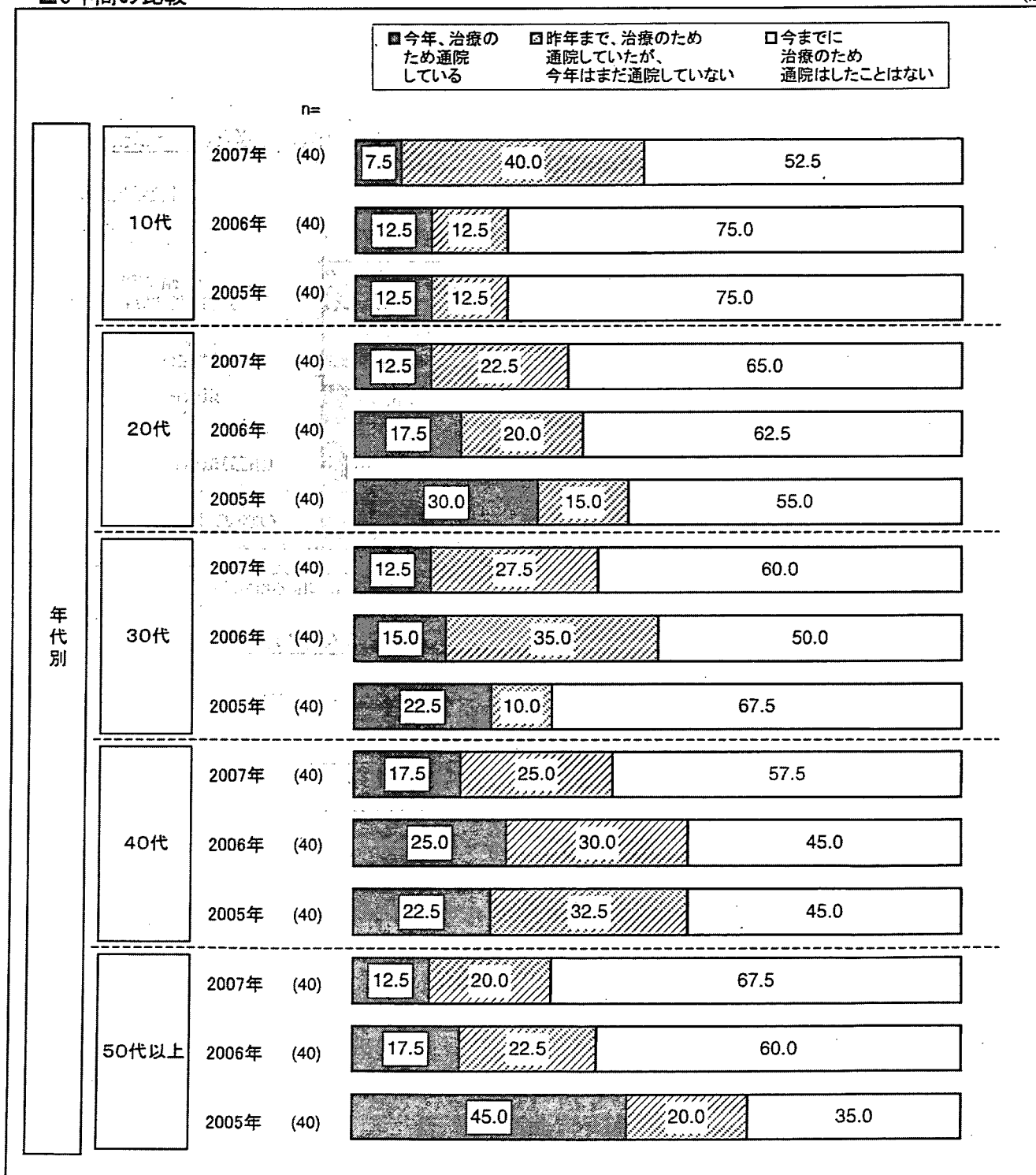
■3年間の比較

(%)

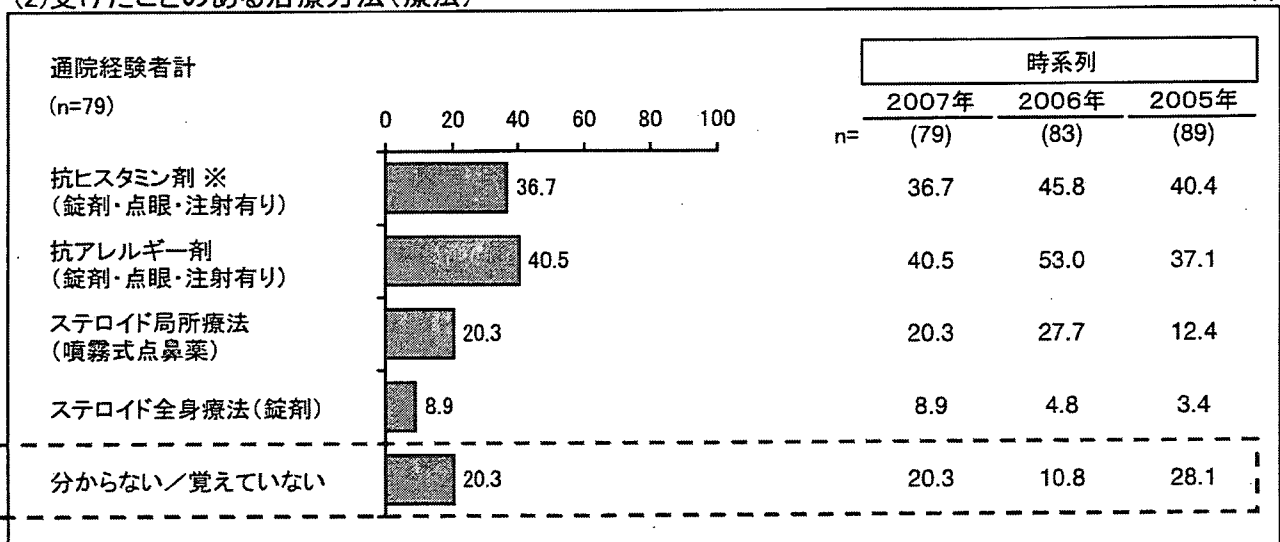


■3年間の比較

(%)

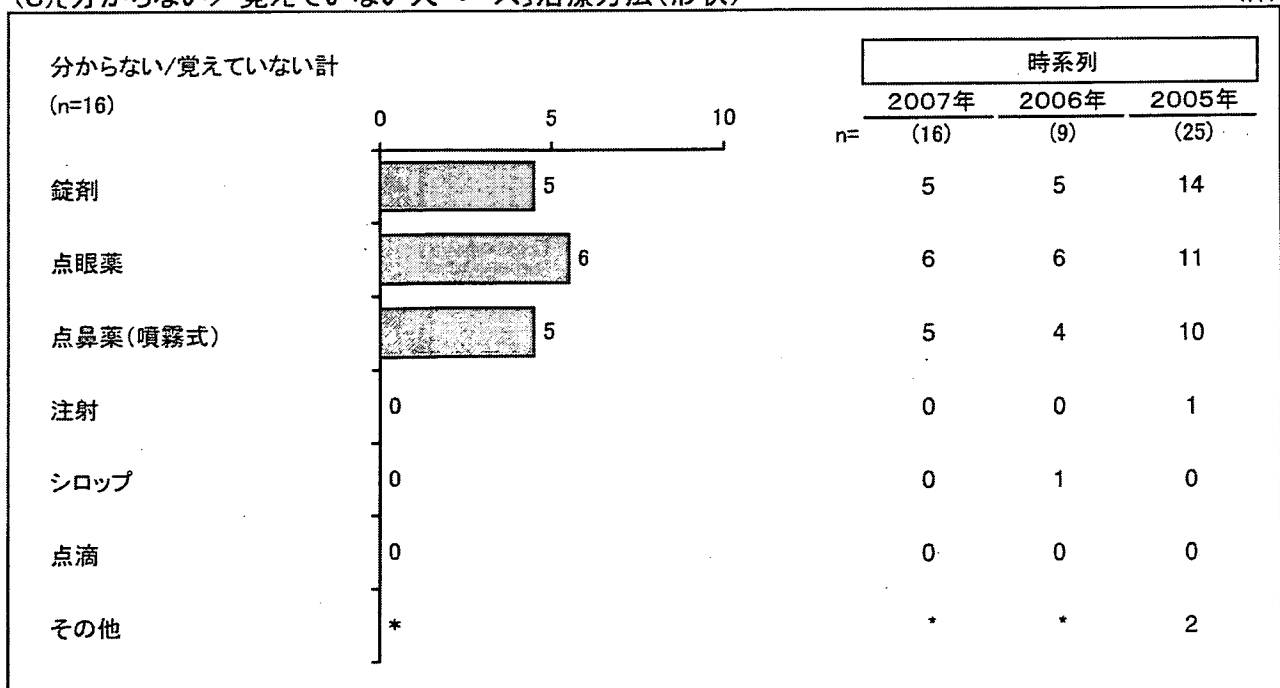


(2) 受けたことのある治療方法(療法) (％)



※抗ヒスタミン剤・・・症状が出る前に服用するもの

(3) [分からない／覚えていない人ベース] 治療方法(形状) (件)



(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

2007年(n=79)

(件)

・エバステル	1
・セレスタミン	2
・ゼスラン	1
・ショウセイリユウトウ	2
・アレロックアレグロ	1
・ジルテック、フルナーゼ	1

2006年(n=83)

(件)

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

2005年(n=89)

(件)

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

参考

■出現率

街頭調査			
対象(花粉症である)	A	200	S
対象外(花粉症ではない)	B	901	S
出現率	$A/(A+B)*100$	18.2	%

■職業

(%)

	2007年	2006年	2005年
n=	(200)	(200)	(200)
小・中学生	-	-	0.5
高校生	10.0	6.5	14.5
大学・短大・専門学校生・ 大学院生	17.0	16.5	15.5
会社員・公務員	45.5	50.0	44.5
経営者・会社役員・団体	2.5	1.0	1.5
商工・サービス自営業	2.0	2.0	3.5
自由業	1.0	2.0	2.5
専業主婦	8.5	13.5	7.0
無職	0.5	-	-
フリーター・パートタイム	13.0	8.5	7.5
その他	-	-	1.0

調査票

性別

年齢

職業

F4

1

2

3

4

5

F6

F7

1

2

3

4

5

6

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付けてください。

□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一年中起こりますか？
□ 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ください。

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 やや重い	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"/>

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えの口に✓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えの口に×印をしてください。

鼻・眼以外の症状	いいえ	困らない	すこし	かなり	大いに
1. のどがせいぜいする	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. せきができる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 痰ができる	<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. においがにびい	<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. 熱ができる	<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？今一度見てください。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			
		症状合計スコア	点				
	QOLスコア						
	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, 6)	点	侵入防止 (4~7)	点
		鼻閉 (7~9)	点	局所 (7~9)	点	室外曝露 (8, 9)	点
		口、耳、皮膚 (10~12)	点	薬効 (10~12)	点	処置 (10~12)	点
		全身 (13, 14)	点	費用 (13, 14)	点	除去 (13, 15)	点
		いびき (15)	点	通院 (15)	点	夕ハコ (16)	点

(禁 無断複製, 複写, 転載, 改変)

◆あなたさまご自身についておうかがいします。

F1. 性別は？(調査員判断)

- | | |
|-------|-------|
| 1. 男性 | 2. 女性 |
|-------|-------|

F2. 失礼ですが、お年はおいくつですか？

F3. あなたの職業は以下のどれにあてはまりますか。最も近い番号をお知らせください。

- | | |
|---------------------|-------------------|
| 1. 小・中学生 | 7. 自由業 |
| 2. 高校生 | 8. 専業主婦 |
| 3. 大学・短大・専門学校生・大学院生 | 9. 無職 |
| 4. 会社員・公務員 | 10. フリーター・パートタイム |
| 5. 経営者・会社役員・団体 | 11. その他 |
| 6. 商工・サービス自営業 | (具体的な職業をお聞かせください) |

【全員の方へ】花粉症の治療状況についておうかがいします。

F4. 今まで、花粉症治療のため、通院したことはありますか？
以下の中から1つだけ選んで、番号でお答えください。

- | |
|-----------------------------------|
| 1. 今年、治療のため通院している |
| 2. 昨年まで、治療のため通院していたが、今年はまだ通院していない |
| 3. 今までに治療のため通院したことはない |

F5. 【今年も含め今までに、花粉症治療を受けたことがある方のみ】

今までに花粉症治療として受けたことがある治療方法を教えてください。
以下の中から当てはまるものをいくつでも選んで、番号でお答えください。

- | |
|------------------------|
| 1. 抗ヒスタミン剤(錠剤・点眼・注射有り) |
| 2. 抗アレルギー剤(錠剤・点眼・注射有り) |
| 3. ステロイド局所療法(噴霧式点鼻薬) |
| 4. ステロイド全身療法(錠剤) |
| 5. 分からない/覚えていない |

F6. 【引き続き、今年も含め今までに花粉症治療を受けたことがある方のみ】

今までに花粉症治療として処方を受けた薬の名前を教えてください。
(分からない方は「分からない」とお答えください。)

【F11で「5. 分からない/覚えていない」と答えた方のみ】

F7. では以下の中から受けたことがある治療方法を教えてください。
(いくつでも選択)

- | | |
|-------------|---------|
| 1. 錠剤 | 4. 注射 |
| 2. 点眼薬 | 5. シロップ |
| 3. 点鼻薬(噴霧式) | 6. 点滴 |

*** ご協力ありがとうございました。 ***

鼻・眼以外の症状について

(全体 n=200)

