

13 同意を得る方法及び同意の撤回があった場合の対応

13.1 インフォームド・コンセントのための手続き及び方法

本臨床研究の対象者は15歳以下の小児患者であり、法的に定められた同意を得ることは基本的に困難であるため、小児患者が本研究に参加することに関して法的保護者が責任を負う。患者が本研究に参加する前に、各実施医療機関の倫理審査委員会で承認の得られた説明同意文書を用いて、法的保護者に研究内容について十分に説明した上で、本研究参加同意を文章により得る。研究に参加するか否かは、自由意思で決定され、同意後であってもいつでも中止が可能である。また、対象者は参加中止に伴う不利益は受けない。研究実施中に同意説明文書が改訂された場合には、改訂された同意説明文書を用いて研究への参加についてあらためて同意を取得する。

13.2 小児患者への説明とアセント

小児である患者本人に対しては、試験に関する説明を口頭、または文章でわかりやすく行い、本人の同意を確認する。患者本人が署名可能な場合は、法的保護者に加えて患者本人からも文書にて同意を得る。患者本人の署名が難しく、患者本人から口頭での同意を得た場合は、法的保護者が署名した同意書に、本人からも了解を得られた旨を記載する。

13.3 インフォームド・コンセントを行うための説明文書及び同意書

インフォームド・コンセントに必要な下記項目を同意説明文書中に記載する。同意書については必ず文書にて取得する。

- 1) 当該試験が研究を目的とするものである旨（治療が研究を伴うこと）
- 2) 研究の目的
- 3) 研究の方法（試験の研究的側面、対象者の選択基準、ランダム割付により各群に割付られる確率を含む。）
- 4) 研究の予定参加期間と予定参加人数
- 5) 研究への参加が任意であること
- 6) 研究の実施に同意した場合であってもいつでも撤回できること
- 7) 研究に参加しないこと、又は参加を取りやめることにより対象者が不利益な取扱いを受けないこと
- 8) 研究に参加することにより期待される利益及び予測される不利益
- 9) 本研究に参加されない場合の他の治療方法
- 10) 本治療の中止基準
- 11) 当該研究に係る資金源、起こりうる利害の衝突及び研究者等の関連組織との関わり
- 12) 個人情報の取り扱い
- 13) 対象者個人を特定できないようにした上で、研究の成果が公表される可能性があること
- 14) 対象者の秘密が保全されることを条件に、倫理委員会、データ担当者が資料を閲覧できること
- 15) 有害事象が発生した場合に必要な治療が行われる旨
- 16) 本研究への参加に同意された場合の注意事項
- 17) 研究参加者の費用負担
- 18) 研究機関名及び研究責任医師の氏名と相談窓口について

14 研究の完了、中止、中断と本実施計画書等の変更

(1) 試験の完了

中間解析は研究期間中に症例登録を続けることが妥当かどうかを判断する目的で行い、試験の主たる目的が達成されていると判断された場合は試験を中止し、速やかに試験結果を学会および論文にて公表する。

(2) 試験の中止、中断

研究代表者は以下の事項に該当する場合は試験実施継続の可否を検討する。

- 1) 本療法の安全性、有効性に関する重大な情報が得られたとき。
- 2) 被験者のリクルートが困難で予定症例を達成することが到底困難であると判断されたとき。
- 3) 予定症例数または予定期間に達する前に、中間解析等により試験の目的が達成されたとき。
- 4) その他、中止または中断が必要と判断されたとき。

試験の中止または中断を決定した時は、速やかにその理由とともに試験治療中止緊急報告書にて各研究参加医療機関へ報告する。

(3) 実施計画書等の変更

実施計画書や同意説明文書の変更（改訂）を行う場合は予め各研究参加医療機関の倫理審査委員会の承認を必要とする。

15 実施計画書からの逸脱の報告

担当医師は、研究代表者および研究事務局の事前の合意および倫理審査委員会の承認を得る前に、試験実施計画書からの逸脱あるいは変更を行わない。

担当医師は、被験者の緊急の危険を回避するため等のやむを得ない理由がある場合は、研究代表者および研究事務局との事前の合意および倫理審査委員会の事前の承認を得る前に、試験実施計画書からの逸脱あるいは変更を行うことができる。その際には、担当医師は逸脱または変更の内容および理由ならびに試験実施計画書等の改訂が必要であればその案を速やかに、研究代表者、研究事務局および倫理審査委員会に提出し、研究代表者、倫理審査委員会の承認を得るものとする。

担当医師は、試験実施計画書からの逸脱があった場合は、逸脱事項をその理由とともに全て記録し、該当施設の研究責任医師を通して、研究代表者、研究事務局および該当施設の長に報告しなければならない。

16 研究結果の公表

本研究結果の学会・論文発表に際しては、発表時点での研究代表者、研究事務局、参加施設の研究責任者の総意で決定されたポリシーに従う。発表時点で明確なポリシーが定まっていない場合、以下の原則に従う。

主たる公表論文は最終解析終了後に英文誌に投稿する。最終解析以外は、研究代表者、研究事務局の承認を得た場合を除いて発表は行わない。ただし、研究代表者または研究事務局は、研究のエンドポイントの解析結果を含まない、研究の紹介目的の学会・論文（総説）発表は研究代表者の了承を得た後に行うことができる。なお、各施設内の範囲における研究結果に関しては、研究代表者、研究事務局の承認を得た後に、各施設研究責任者の判断で公表できるものとする。

原則として本研究結果の主たる公表論文の著者は筆頭を研究事務局とし、以下、研究代表者、登録数の多い順に参加施設研究責任者または施設担当医師を施設毎に選び、論文の投稿規定による制限に従って、共著者とする。すべての共著者は投稿前に論文内容を review し、発表内容に合意した者のみとする。内容に関して議論にても合意が得られない場合、研究代表者はその研究者を共著者に含めないことができる。学会発表は複数回に及ぶ可能性があるため、研究代表者、研究事務局、登録数の多い施設の研究責任者または施設担当医師の中から、持ち回りで発表を行うこととする。発表者は研究代表者が決定する。ただし、学会発表に際しては、発表内容について研究事務局が責任を持ち、原則としてデータセンターとの連絡は研究事務局が行う。研究事務局以外の発表者が、研究代表者、研究事務局、データセンター長の了承なく、直接データセンターから集計・解析結果を受け取ることはできない。

17 研究管理・モニタリングの体制と研究データの信頼性保証

本研究は、研究実施機関およびデータセンターのスタッフにより、研究計画書に従って、忠実に実施される。研究実施機関およびデータセンターは、要請に応じ、モニタリングや監査を受け入れ、協力することとする。また、本臨床研究の実施に従事しない者を外部モニタリング委員に任命し、本研究の安全性、有効性に関する監視を行う。

18 研究参加者の費用負担

本治療法自体には保険適用はないが、特別な医薬品、設備を要するものではなく、該当する食品をスケジュールに従って摂取するものであり、特別な費用の負担はない。入院にかかわる費用や出現症状に応じて用いられる医薬品は保険適応の範囲で対応可能である。保険適用のない検査項目については研究費にて実施することとし、被験者に負担は求めない。しかし、本研究への参加により、受診や検査回数の増加が考えられ、被験者の負担を軽減するため、急速免疫療法中を除く、既定の採血・食物負荷試験については、謝金をお支払いする（スケジュール表参照）。

19 健康被害の補償および保険への加入

(1) 健康被害の補償

本研究に関連し、研究期間中に本研究が原因で何らかの健康被害が起きた際には、各研究参加医療機関において保険診療の範囲で適切な処置を行う。本研究のプロトコール通りの治療の実施で、万一、死亡または重篤な後遺障害が残った場合には、本研究の臨床研究保険により補償金が支払われる。また、健康被害と本研究との因果関係が明らかに否定できる場合、研究中でなくても発生したと考えられる事故による場合、被験者の故意または重大な過失によって生じた場合などは、本研究への参加中止に同意していただき、通常の保険診療による治療を行う。

(2) 賠償保険への加入

賠償責任に備え、担当医師は賠償責任保険に加入する。また、本研究のプロトコール通りの治療の実施で、万一、死亡または重篤な後遺障害が残った場合に備え、臨床研究保険にも加入する。

20 本研究に係る資金源

本研究は、国から交付された厚生労働科学研究費補助金によって実施され、本研究に携わる全研究者によって費用の出資者と無関係に公正に行われる。本研究の利害関係については、東京家政大学利益相反審査委員会他、各施設の利益相反審査委員会の承認を得ている。

21 参考文献

- 1) Itoh N, Itagaki Y, Kurihara K. Rush specific oral tolerance induction in school-age children with severe egg allergy: one year follow up. *Allergol Int.* 2010;59: 43-51.
- 2) Plaut M, Sawyer RT, Fenton MJ. Summary of the 2008 National Institute of Allergy and Infectious Diseases-US Food and Drug Administration Workshop on Food Allergy Clinical Trial Design. *J Allergy Clin Immunol.* 2009;124:671-8.
- 3) Niggemann B, Staden U, Rolinck-Werninghaus C, et al. Specific oral tolerance induction in food allergy. *Allergy.* 2006;61:808-11.
- 4) Longo G, Barbi E, Berti I, et al. Specific oral tolerance induction in children with very severe cow's milk-induced reactions. *J Allergy Clin Immunol.* 2008;121:343-7.
- 5) Skripak JM, Nash SD, Rowley H, et al. A randomized, double-blind, placebo-controlled study of milk oral immunotherapy for cow's milk allergy. *J Allergy Clin Immunol.* 2008;122:1154-60.
- 6) Burks AW, Laubach S, Jones SM. Oral tolerance, food allergy, and immunotherapy: implications for future treatment. *J Allergy Clin Immunol.* 2008;121:1344-50.
- 7) Cohen BL, Noone S, Muñoz-Furlong A, et al. Development of a questionnaire to measure quality of life in families with a child with food allergy. *J Allergy Clin Immunol.* 2004;114:1159-63.
- 8) Boyano-Martínez T, García-Ara C, Díaz-Pena JM, et al. Prediction of tolerance on the basis of quantification of egg white-specific IgE antibodies in children with egg allergy. *J Allergy Clin Immunol.* 2002; 110: 304-9.
- 9) Niggemann B, Beyer K. Pitfalls in double-blind, placebo-controlled oral food challenges. *Allergy* 2007; 62:729-32.
- 10) Sampson HA. Anaphylaxis and emergency treatment. *Pediatrics* 2003;111:1601-8.

22 研究組織

22.1 研究代表者

東京家政大学家政学部 児童学科 岩田 力

22.2 研究事務局

東京大学医学部 小児科 伊藤 直香

22.3 臨床研究実施施設と各施設研究責任医師（括弧内はその他の担当医師）

千葉大学医学部 小児科 下条 直樹（星岡 明、山出 晶子、鈴木 修一、森田 慶紀、中野 泰至、井上 祐三朗）

群馬大学医学部 小児科 荒川 浩一（八木 久子、小山 晴美）

獨協医科大学医学部 小児科 吉原 重美（福田 啓伸、山田 裕美、福島 啓太郎）

昭和大学医学部 小児科 北林 耐（伊藤 良子）

東京大学医学部 小児科 五十嵐 隆

富山大学医学部 小児科 足立 雄一（板澤 寿子、伊藤 靖典）

国立病院機構 三重病院 臨床研究部 藤澤 隆夫（長尾 みづほ、谷田 寿志）

大阪府立呼吸器アレルギー医療センター 小児科 亀田 誠（高岡 有理）

あいち小児保健医療総合センター アレルギー科 伊藤 浩明（漢人 直之）

22.4 研究協力機関（ヒト臨床検体一括保存・解析担当施設）

理化学研究所 免疫・アレルギー科学総合研究センター 竹森 利忠

成育医療センター研究所 免疫アレルギー研究部 斎藤 博久

徳島大学 疾患酵素学研究センター 木戸 博

22.5 統計解析・割付担当・データセンター

NPO 法人 日本臨床研究支援ユニット (J-CRSU)

理事長：東京大学大学院医学系研究科 大橋 靖雄

電話：03-5297-6258 FAX:03-5297-6259

22.6 外部モニタリング委員

東邦大学医学部 小児科 向山 徳子

医療法人 早川医院 早川 浩

横浜市立大学大学院医学研究科 臨床統計学・疫学 森田 智視

23 参考資料

資料1：気管支喘息、アトピー性皮膚炎の重症度の判断基準

気管支喘息：定期薬使用下で、症状のみによる重症度が中等症持続型以上の者をコントロール不良と定める。
(小児気管支喘息治療・管理ガイドライン2008の「重症度分類」より。)

可能な限り、間欠型となるよう、しっかりと治療を行った後に免疫療法を行うのが望ましい。

アトピー性皮膚炎：定期薬使用下で重症以上の重症度の者をコントロール不良と定義する。
(アトピー性皮膚炎診療ガイドライン2006の「重症度のめやす」より。)

気管支喘息の重症度分類；

型	症状程度ならびに頻度
間欠型	・年に数回、季節性に咳嗽、軽度喘鳴が出現する ・ときに呼吸困難を伴うこともあるが、 β_2 刺激薬の頓用で短期間で症状は改善し、持続しない
軽症持続型	・咳嗽、軽度喘鳴が1回/月以上、1回/週末満 ・ときに呼吸困難を伴うが、持続は短く、日常生活が障害されることは少ない
中等症持続型	・咳嗽、軽度喘鳴が1回/週以上。毎日は持続しない ・ときに中・大発作となり日常生活が障害されることがある
重症持続型	・咳嗽、軽度喘鳴が、毎日持続する ・週に1～2回、中・大発作となり日常生活や睡眠が障害される
重症持続型 (難治・最重症)	・重症持続型に相当する治療を行っていても中等症持続型以上の症状が持続する ・しばしば夜間の中・大発作で時間外受診し、入退院を繰り返し、日常生活が制限される

アトピー性皮膚炎重症度のめやす；

参考表5 重症度のめやす (厚生労働科学研究班)

軽 症：面積に関わらず、軽度の皮疹のみみられる。
中等症：強い炎症を伴う皮疹が体表面積の10%未満にみられる。
重 症：強い炎症を伴う皮疹が体表面積の10%以上、30%未満にみられる。
最重症：強い炎症を伴う皮疹が体表面積の30%以上にみられる。

* 軽度の皮疹：軽度の紅斑、乾燥、落屑主体の病変

** 強い炎症を伴う皮疹：紅斑、丘疹、びらん、浸潤、苔癬化などを伴う病変
(厚生労働科学研究班アトピー性皮膚炎治療ガイドライン2005より引用)

資料2：DBPCFC時の陽性所見の判定基準

2重盲検食物負荷試験（DBPCFC）時の陽性判定基準；(文献9より)

他覚的に確認できた症状のみを陽性所見と判定する。

自覚的症状のみ：

口腔内の違和感、腹痛、嘔気、痒みなど、自覚的症状のみでは陽性判定の根拠とならず、他覚的症状の出現を必要とする。

上記のみの場合は、経過をみて、他覚的症状の出現がないかどうか観察する。

他覚的症状：

皮膚症状；接触性反応（口周り、口を触った後の手など、食品成分の触れた場所における膨疹、腫脹など）や本試験開始以前よりみられる湿疹部や乾燥部の痒みなどは陽性判定の根拠とならない。

接触のない部位に、小さな膨疹がひとつのみ出現した時も陽性とせずに、拡大してくるかどうかが経過をみる（もともと蕁麻疹が出やすい患者では、プラセボでも出ることがあるため）。

食品の触れた部位から離れた部位であり、かつ、数個以上の（または、拡大していく）膨疹、または、顔面全体の腫脹などが出現した際には陽性と判定する。

消化器症状；嘔吐は、1回の少量の嘔吐は陽性の判断根拠とならない。大量嘔吐、または、繰り返す嘔吐は、陽性判定の根拠となる。下痢は、陽性の根拠となる。

呼吸器症状；呼吸困難、喘鳴、嘔声などの呼吸器症状は全て陽性判定となる。必要に応じてすぐに加療を開始する。

鼻、眼症状；鼻汁、くしゃみ、眼の痒みなどは、鼻アレルギー、アレルギー性結膜炎／花粉症などの合併があることが多いため、判定が難しく、陽性所見としない。

資料3：アレルギー症状の重症度判定

アレルギー症状の重症度判定；(文献10より)

TABLE 2. Grading of Food-Induced Anaphylaxis According to Severity of Clinical Symptoms

Grade	Skin	GI Tract	Respiratory Tract	Cardiovascular	Neurological
1	Localized pruritus, flushing, urticaria, angioedema	Oral pruritus, oral "tingling," mild lip swelling			
2	Generalized pruritus, flushing, urticaria, angioedema	Any of the above, nausea and/or emesis x's 1	Nasal congestion and/or sneezing		Change in activity level
3	Any of the above	Any of the above plus repetitive vomiting	Rhinorrhea, marked congestion, sensation of throat pruritus or tightness	Tachycardia (increase >15 beats/min)	Change in activity level plus anxiety
4	Any of the above	Any of the above plus diarrhea	Any of the above, hoarseness, "barky" cough, difficulty swallowing, dyspnea, wheezing, cyanosis	Any of the above, dysrhythmia and/or mild hypotension	"Light headedness," feeling of "pending doom"
5	Any of the above	Any of the above, loss of bowel control	Any of the above, respiratory arrest	Severe bradycardia and/or hypotension or cardiac arrest	Loss of consciousness

All symptoms are not mandatory. The severity score should be based on the organ system most affected, eg, if grade 3 respiratory symptoms are present but only grade 1 GI symptoms, then the anaphylaxis severity score would be "grade 3." **Boldface symptoms** are absolute indications for the use of epinephrine; use of epinephrine with other symptoms will depend on patient's history.

上記より改変：以下を目安として grade 評価し、対応する。

Gradeと急速免疫療法中の対応の目安	皮膚	消化管	呼吸器	心血管系	神経系
1 増量し摂取継続。 必要時投薬。	局所、または、接触性のもの。全身への拡大傾向のないもの	のどの違和感など軽い自覚症状のみ	くしゃみ、鼻水		
2 可能な範囲で同量/減量して摂取継続。 必要時投薬・吸入。	全身への拡大あり(頭部・体幹・上肢・下肢のすべてに出現した場合は投薬等を行い、当日は摂取中止。)	腹痛、嘔気など自覚症状のみ	咽喉の違和感・閉塞感 間欠的な数回の咳		
3 当日摂取中止。 投薬・吸入などの加療。 (翌日は減量し、無症状であることを確認した後、増量)		一時的な嘔吐、急性下痢	持続する咳、喘鳴		
4 摂取中止。 投薬・吸入などの加療。 アドレナリン筋注#。 (翌日は2段階以上減量し、無症状であることを確認した後、同量を繰り返すか、増量)		嘔吐、急性下痢を繰り返す	呼吸困難を伴う、咳、喘鳴、チアノーゼ	血圧低下 (収縮期血圧が15%以上、または20mmHg以上低下)	
5 中止基準		排便コントロール不能	呼吸停止	徐脈、または心停止	意識消失

アドレナリン筋注#：患者の体重に応じて **0.01mg/kg (0.01ml/kg)** を大腿に筋注する。気管支拡張薬の吸入などで症状が改善した場合には、十分に経過をみながら必要に応じてアドレナリン筋注を行う。

資料4：増量の仕方について

<鶏卵>

乾燥粉末卵白の1.2倍増量方法：症状誘発閾値量の約1/10量を初回量とし、1日5回、30分毎に20%ずつ増量して摂取を行う。

～10 mg：全量1000 mgを500mlの水または飲料に溶かし、シリンジで計量（患者の好みの飲料に混合可）。
1.0, 1.2, 1.4, 1.7, 2.1, 2.5, 3.0, 3.5, 4.2, 5.0, 6.0, 7.0, 8.4 mg は、
0.5, 0.6, 0.7, 0.85, 1.05, 1.25, 1.5, 1.75, 2.1, 2.5, 3.0, 3.5, 4.2 ml に相当。

10～100 mg：全量1000 mgを100mlの水または飲料に溶かし、シリンジで計量（患者の好みの飲料に混合可）。
10, 12, 14, 17, 21, 25, 30, 35, 42, 50, 60, 70, 84 mg は、
1, 1.2, 1.4, 1.7, 2.1, 2.5, 3.0, 3.5, 4.2, 5.0, 6.0, 7.0, 8.4 ml に相当。

100～1000 mg：全量1000 mgを50mlの水または飲料に溶かし、シリンジで計量（患者の好みの飲料に混合可）。
100, 120, 145, 175, 210, 250, 300, 350, 420, 500, 600, 700, 840, 1000 mg は、
5, 6, 7, 8.5, 10.5, 12.5, 15, 17.5, 21, 25, 30, 35, 42 ml に相当、
最大量の1000 mg (1 g) は、1包(1g)を飲みきれぬ量の飲料に混ぜて摂取。

※ 粉末卵白が混合しにくい場合は、摂取予定時間の30分前から20～30mlほどの水または飲料に浸して混ぜておく、または粉砂糖と混ぜると、混合し易くなります。

乾燥粉末卵白1000 mg = 生鶏卵卵白 8 g に相当。

1000 mg 到達後より、増量はスクランブルエッグに変更し、50%ずつ増量して摂取を行う。

連日、1日1回（摂取の1回分）のみ粉末卵白1000 mgの摂取とし、残りの4回分はスクランブルエッグにて50%ずつ増量を行う。

スクランブルエッグへ変更後の1.5倍増量の目安：8 g から開始。60 g (Mサイズ全卵1個分) で増量終了。
8 g、12 g、18 g、27 g、40 g、60 g と増量。

例；その日の摂取2回目で1000 mg 達成した場合。

⇒ 同日の残り3回分をスクランブルエッグで摂取、8 g、12 g、18 g と1.5倍増量で摂取。

翌日からは、1日1回分は1000 mg の粉末卵白を摂取し、残りの4回分は、スクランブルエッグで増量を行う。

1回目：粉末卵白1000 mg、2回目からは前日に続き、スクランブルエッグで27 g、40 g、60 g と増量。

<ピーナツ>

ピーナツ粉末の1.2倍規定量（単位はmg）：

~10 mg : 1.0, 1.2, 1.4, 1.7, 2.1, 2.5, 3.0, 3.5, 4.2, 5.0, 6.0, 7.0, 8.4,
10~100 mg : 10, 12, 14, 17, 21, 25, 30, 35, 42, 50, 60, 70, 84
100~1000 mg : 100, 120, 145, 175, 210, 250, 300, 350, 420, 500, 600, 700

ピーナツ粉末 700 mg = 煎りピーナツ約1粒に相当。

（大粒のピーナツ1粒が700mg。粒へ変更前に1粒の重さを計測して換算し、1.5倍増量する。）
700mg到達後より、煎りピーナツの粒に変更し、1.5倍増量とする。

粒ピーナツに変更後の1.5倍増量の目安；1粒から開始。10粒（約7g）で増量終了。

1粒、1.5粒、2粒、3粒、4.5粒、7粒、10粒 と増量。

<牛乳>

牛乳1.2倍増量の目安（参考）：

1~10 ml : 1.0, 1.2, 1.4, 1.7, 2.1, 2.5, 3.0, 3.5, 4.2, 5.0, 6.0, 7.0, 8.4,
10~100 ml : 10, 12, 14, 17, 21, 25, 30, 35, 42, 50, 60, 70, 84
100~200 ml : 100, 120, 140, 170, 200

IV. 研究成果の刊行に関する一覧表

研究成果の刊行に関する一覧表

書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の編集者名	書籍名	出版社名	出版地	出版年	ページ

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
Itoh N, Itagaki Y, Kurihara K	Rush specific oral tolerance induction in school-age children with severe egg allergy: one year follow up.	Allergol Int.	59	43-51	2010
小林靖子、相澤明、荒川浩一	アレルギー疾患とエピジェネティクス - 遺伝子の発現における環境因子の作用性 -	臨床免疫・アレルギー科	53	48-54	2010
荒川浩一	アレルギー疾患の予知、予防を目指して.	日本小児アレルギー学会誌	24	105-112	2010
小林靖子、相澤明、山田思郎、荒川浩一	アレルギー疾患とエピジェネティクス - 遺伝子の発現における環境因子の作用性 -	実験医学	28	209-216	2010
Hosoki K, Nakamura A, Nagao M, Hiraguchi Y, Tokuda R, Wada H, Wada H, Nobori T, Fujisawa T.	T. Differential activation of eosinophils by 'probiotic' Bifidobacterium bifidum and 'pathogenic' Clostridium difficile.	Int Arch Allergy Immun	152	83-9	2010
藤澤隆夫	食物アレルギー	医学書院	今日の治療指針2011年版 (山口徹、北原光夫、福井次矢編)	711-13	2011
藤澤隆夫	食物アレルギーが疑われるとき	小児科診療	74	206-211	2011

岩田 力	序～消極的治療から積極的治療へ～ 特集 食物アレルギー アップデート	アレルギー・免疫	17(6)	9-10	2010
------	---------------------------------------	----------	-------	------	------

