

クルミアレルギーに関する調査 【患者養育者用】

- ・担当医師から伝えられた番号を入力してください

(自由記載)

- ・お子さんは現在何歳ですか

(自由記載) 歳

- ・お子さんの性別はなんですか

☐ 男性 ☐ 女性

- ・ご家庭のお子さんの人数を教えてください

(数字) 人

- ・回答するお子さんは何番目のお子さんですか

(数字) 番目

【クルミについて】

- ・お子さんはクルミを食べたことがありますか

☐ ある ☐ ない

- ・クルミでアレルギーの症状がでたことがありますか

☐ ある ☐ ない

(食べたことがある場合)

- ・はじめてクルミを食べたのは何歳頃ですか

(自由記載) 歳頃

(食べたことがある場合)

- ・どのくらいの頻度でお子さんはクルミを食べていますか

(くるみアレルギー症状がある方は症状が出る前の頻度をご回答ください)

- ☐ まったく食べていない (始めて食べたときに症状がでた)
- ☐ 1 - 2 回程度食べたことがある程度
- ☐ 月に 1 - 2 回程度食べている
- ☐ 週 1 - 2 回程度食べている
- ☐ ほぼ毎日食べている

(症状がある場合)

- ・初めて症状が出たときに食べたクルミ商品はなんでしたか

(例: クルミパン、クルミのたれ、そのものを食べた、商品名がわかれば具体的に記載してください)

(自由記載)

- ・他のナッツ類についておしえてください (各ナッツ類一択)

	食べている	アレルギーがある (除去している)	食べたことがない
ピーナッツ	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
アーモンド	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
カシューナッツ	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ピスタチオ	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
マカダミアナッツ	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ペカンナッツ	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ヘーゼルナッツ	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

【お子さんのアレルギーについて教えてください】

・お子さんは下記のアレルギーがありますか

気管支ぜんそく	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない
アトピー性皮膚炎	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない
アレルギー性鼻炎・結膜炎（花粉症を含む）	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない
金属アレルギー	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない
薬剤アレルギー	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない

・お子さんのナッツ類以外で食物アレルギーの原因となる食品はなんですか
すべて該当するものにチェックをしてください

☐鶏卵 ☐牛乳 ☐小麦 ☐ソバ ☐エビ ☐カニ ☐ゴマ
☐キウイ ☐モモ ☐バナナ ☐リンゴ ☐オレンジ ☐メロン
☐大豆 ☐ヤマイモ ☐サケ（鮭） ☐サバ ☐アワビ ☐イカ
☐イクラ ☐牛肉 ☐豚肉 ☐鶏肉 ☐ゼラチン ☐その他（自由記載）

【ご家族のアレルギーについて教えてください】

・お子さんの父親に下記のアレルギーがありますか

気管支ぜんそく	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない
アトピー性皮膚炎	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない
アレルギー性鼻炎・結膜炎（花粉症を含む）	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない
食物アレルギー	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない
金属アレルギー	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない
薬剤アレルギー	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない

・お子さんの母親に下記のアレルギーがありますか

気管支ぜんそく	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない
アトピー性皮膚炎	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない
アレルギー性鼻炎・結膜炎（花粉症を含む）	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない
食物アレルギー	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない
金属アレルギー	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない
薬剤アレルギー	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない

・お子さんの兄もしくは姉に下記のアレルギーがありますか

☐ 兄・姉はいない

 気管支ぜんそく ☐ある ☐ない

アトピー性皮膚炎	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない
アレルギー性鼻炎・結膜炎（花粉症を含む）	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない
食物アレルギー	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない
金属アレルギー	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない
薬剤アレルギー	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない

・ **お子さんの弟もしくは妹に下記のアレルギーがありますか（複数選択）**

☐弟・妹はいない

気管支ぜんそく	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない
アトピー性皮膚炎	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない
アレルギー性鼻炎・結膜炎（花粉症を含む）	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない
食物アレルギー	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない
金属アレルギー	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない
薬剤アレルギー	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない

・ **お子さんの親に食物アレルギーの方がいる場合、その食品はなんですか
すべて該当するものにチェックをしてください**

☐鶏卵 ☐牛乳 ☐小麦 ☐ソバ ☐エビ ☐カニ
☐ピーナッツ ☐アーモンド ☐クルミ ☐カシューナッツ ☐ゴマ
☐キウイ ☐モモ ☐バナナ ☐リンゴ ☐オレンジ ☐メロン
☐大豆 ☐ヤマイモ ☐サケ（鮭） ☐サバ ☐アワビ ☐イカ
☐イクラ ☐牛肉 ☐豚肉 ☐鶏肉 ☐ゼラチン ☐その他（自由記載）

・ **お子さんの兄・姉に食物アレルギーの方がいる場合、その食品はなんですか
すべて該当するものにチェックをしてください**

☐鶏卵 ☐牛乳 ☐小麦 ☐ソバ ☐エビ ☐カニ
☐ピーナッツ ☐アーモンド ☐クルミ ☐カシューナッツ ☐ゴマ
☐キウイ ☐モモ ☐バナナ ☐リンゴ ☐オレンジ ☐メロン
☐大豆 ☐ヤマイモ ☐サケ（鮭） ☐サバ ☐アワビ ☐イカ
☐イクラ ☐牛肉 ☐豚肉 ☐鶏肉 ☐ゼラチン ☐その他（自由記載）

・ **お子さんの弟・妹に食物アレルギーの方がいる場合、その食品はなんですか
すべて該当するものにチェックをしてください**

☐鶏卵 ☐牛乳 ☐小麦 ☐ソバ ☐エビ ☐カニ
☐ピーナッツ ☐アーモンド ☐クルミ ☐カシューナッツ ☐ゴマ
☐キウイ ☐モモ ☐バナナ ☐リンゴ ☐オレンジ ☐メロン
☐大豆 ☐ヤマイモ ☐サケ（鮭） ☐サバ ☐アワビ ☐イカ
☐イクラ ☐牛肉 ☐豚肉 ☐鶏肉 ☐ゼラチン ☐その他（自由記載）

【お子さんの乳児期について教えてください】

・乳児期の栄養はなんでしたか

- ☐ 母乳栄養のみ
☐ 最初（生後1ヶ月程度まで）のみ混合栄養で、その後母乳栄養
☐ 混合栄養（母乳＋人工乳）
☐ 人工乳のみ

・乳児期に湿疹はどの程度でしたか

(0 : ほとんどない 5 : とてもひどかった)

0 — 1 — 2 — 3 — 4 — 5

ほとんどない とてもひどかった

・乳児期にアトピー性皮膚炎と診断されましたか

- ☐ はい ☐ いいえ

・乳児期に保湿剤は使用していましたか

- ☐ はい ☐ いいえ

(保湿剤を使用していた場合)

・いつから保湿剤の使用を始めましたか

- ☐ 産院退院後すぐから
☐ 1 - 2 ヶ月から
☐ 2 - 3 ヶ月頃
☐ 3 - 6 ヶ月頃
☐ 6 ヶ月以降

(保湿剤を使用していた場合)

・保湿剤の具体的な名前を分かる範囲で教えてください

(自由記載)

(保湿剤を使用していた場合)

・保湿剤を塗るときに塗る方の手指はどうしていましたか

塗布前の石鹼の手洗い

- ☐
- 毎回していた
- ☐
- 時々していた
- ☐
- していなかった

塗布時のビニール手袋の使用

- ☐
- 毎回していた
- ☐
- 時々していた
- ☐
- していなかった

・乳児期にステロイド外用剤は使用していましたか（一択）

- ☐ まったく使用しなかった
- ☐ 数回程度使用した
- ☐ 月に1 - 2回程度使用した
- ☐ 週1 - 2回程度使用した
- ☐ ほぼ毎日使用していた
- ☐ わからない

・離乳食は生後何ヶ月から始めましたか

(自由記載) ヶ月頃

【生活環境について教えてください】

・自宅で主に食事を食べる場所の床はなんですか

(0歳から現在まで一番当てはまる場所でお答えください)

☐フローリング ☐フローリングにじゅうたん

☐畳 ☐畳にじゅうたん

☐その他 (自由記載)

・主に食事を食べる部屋の掃除の頻度はどのくらいですか

	毎日	2-3日に1回	1週間に1回	2-3週間に1回	2-3ヶ月に1回
掃除機	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
乾拭き (ワイパーなど)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
水拭き	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

・ペットは飼育していますか

☐飼育していない ☐イヌ ☐ネコ ☐その他 (自由記載)

・家庭内の喫煙(タバコ)状況について

☐喫煙していない

☐窓の外や換気扇の下で喫煙している

☐部屋の中で喫煙している

・寝室の床はなんですか

(0歳から現在まで一番当てはまる場所でお答えください)

☐フローリング ☐フローリングにじゅうたん

☐畳 ☐畳にじゅうたん

☐その他 (自由記載)

・寝室の掃除の頻度はどのくらいですか

	毎日	2-3日に1回	1週間に1回	2-3週間に1回	2-3ヶ月に1回	していない
床の掃除	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
布団掃除機	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
布団の天日干し	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
シーツなどの洗濯	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

【お子様妊娠中・授乳中について教えてください】

・妊娠中に使用していたサプリメントや健康食品がありましたら記載してください

☐鉄剤

☐葉酸

☐カルシウム

☐マルチビタミン剤

☐整腸剤

☐便秘薬(酸化マグネシウム)

☐ その他（自由記載）

・妊娠中に特に意識的に食べていた食品がありましたら記載してください
（自由記載）

・妊娠中にクルミの摂取はしていましたか

- ☐ 家にはまったくおらず、食べなかった（避けていた・除去していた）
- ☐ 家にはあったが、食べなかった
- ☐ 月に1－2回程度食べていた
- ☐ 週1－2回程度食べていた
- ☐ ほぼ毎日食べていた

・授乳中にクルミの摂取はしていましたか

- ☐ 家にはまったくおらず、食べなかった（避けていた・除去していた）
- ☐ 家にはあったが、食べなかった
- ☐ 月に1－2回程度食べていた
- ☐ 週1－2回程度食べていた
- ☐ ほぼ毎日食べていた

【ご家庭のクルミの摂取に関して教えてください】

（お子様がクルミアレルギーの場合、診断されるまでの状況をお応えください）

・家庭では、クルミを摂取しています（した）か

（クルミが含まれる製品：ミックスナッツ以外にも、グラノーラ、ドレッシング、タレ、つゆなどに含まれていることがあります。）

- ☐ 家にはまったくおらず、食べない（避けている・除去している）
- ☐ 年に数回程度食べることがあった
- ☐ 月に1－2回程度食べていた
- ☐ 週1－2回程度食べていた
- ☐ ほぼ毎日食べていた

（食べる場合）

・クルミは何を食べていますか（複数回答）

- ☐ ミックスナッツやクルミそのもの、グラノーラ
- ☐ ドレッシングやソース、タレ、つゆなど
- ☐ クッキーなどのお菓子
- ☐ その他（自由記載）

・誰が食べています（した）か（複数選択可）

- ☐ 父親 ☐ 母親 ☐ 本人（お子さん）
- ☐ 祖父母 ☐ 兄弟 ☐ その他（自由記載）

・自宅以外に祖父母宅や知り合いの家などに長時間お子さんを預けることはありますか（保育園・一時預かり・幼稚園は除きます）

- ☐ ある ☐ たまにある ☐ ほとんどない

(よくある、たまにある場合)

- ・ 預け先にお住まいの方はクルミを食べていますか
(もし、可能であれば確認してからご回答ください)
☐ 食べている ☐ 食べていない ☐ わからない

- ・ 出産時、里帰り出産をされましたか
☐ した ☐ していない

(里帰り出産をした場合)

- ・ ご実家の方はクルミを食べていましたか
(もし、可能であれば確認してからご回答ください)
☐ 食べていた ☐ 食べていない ☐ わからない

クルミアレルギーに関する調査 【医師用】

- ・ 患者割付番号を入力してください
- ・ クルミアレルギー（感作群）・非クルミの食物アレルギー群どちらですか
☐ クルミアレルギー群（クルミアレルギーがある and クルミ特異的 IgE 陽性）
* クルミ特異的 IgE：クラス 2 以上
☐ 非クルミアレルギー群（クルミ摂取可能 and/or クルミ特異的 IgE 抗体陰性）
* クルミ特異的 IgE（測定している場合）：クラス 0
- ・ 上記の診断根拠はなんですか 当てはまるものにチェックをお願いします
(クルミアレルギー群)
摂取の既往 ☐ あり ☐ なし（未摂取）
食物経口負荷試験 ☐ 陽性 ☐ 陰性 ☐ 未施行
即時型症状の既往* ☐ 口腔症状のみ ☐ 全身症状（An 含む） ☐ なし
*食物経口負荷試験による症状も含む

(非クルミアレルギー群)

- 摂取の既往 ☐ あり ☐ なし（未摂取）
クルミ特異的 IgE 抗体 ☐ 陰性 ☐ 未測定

- ・ 患者の生年月 (例 2020/01)

- ・ 患者の性別
☐ 男性 ☐ 女性

・ ピーナッツ、木の実類、ハンノキ（シラカバ）に関して診断時の特異的 IgE 抗体値を入力してください（イムノキャップ）（クルミ以外で測定していない項目は入力不要です）

- ・ 採血日時 (例 2021/03)

総 IgE ()
ハンノキ () シラカバ ()

クルミ () Jug r 1 ()
ピーナッツ () Ara h 2 ()
カシューナッツ () Ana o 3 () アーモンド ()

・クルミ以外の食物アレルギーがありましたら原因食品を記載してください

☐鶏卵 ☐牛乳 ☐小麦 ☐ソバ ☐エビ ☐カニ
☐ピーナッツ ☐アーモンド ☐カシューナッツ ☐ゴマ
☐キウイ ☐モモ ☐バナナ ☐リンゴ ☐オレンジ ☐メロン
☐大豆 ☐ヤマイモ ☐サケ（鮭） ☐サバ ☐アワビ ☐イカ
☐イクラ ☐牛肉 ☐豚肉 ☐鶏肉 ☐ゼラチン ☐その他（自由記載）

・他のアレルギー疾患がありますか（カルテ上確認できるもの）

気管支喘息	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明
アトピー性皮膚炎	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明
アレルギー性鼻炎・結膜炎	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明
金属アレルギー	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明
薬剤アレルギー	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明
その他（自由記載）			

・現在のクルミの摂取状況を教えてください

☐ 完全除去
☐ 部分除去（少量は摂取している）
☐ 経口免疫療法中
☐ 除去指導していない

・アナフィラキシーの既往はありますか

クルミのアナフィラキシーの既往	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 不明
その他の食品によるアナフィラキシーの既往	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 不明
ハチなど食品以外のアナフィラキシーの既往	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 不明

・エピペン®を処方していますか

☐はい ☐いいえ