



作成：令和5年11月1日
企画：東京都保健医療局
健康安全部環境保健衛生課

東京都 アレルギー 手帳



東京都アレルギー情報navi.
イメージキャラクター きいちゃん

利用開始日
年
月
日

緊急時に必要な情報

項目	○をつける
アナフィラキシー歴の有無（※1）	有・無
エピペン処方の有無（※2）	有・無

緊急時の連絡先		
1	TEL:	続柄（ ）
2	TEL:	続柄（ ）

（※1）アナフィラキシー：重篤な全身性の症状で、急速に発現し、生命の危機を伴うこともあります

（※2）「アドレナリン自己注射薬（エピペン®）」は、アナフィラキシー症状をきたした患者に対して、医師の治療を受けるまでの間、症状の進行を一時的に緩和し、ショックを防ぐための補助治療剤です。

目次

1. アレルギー手帳について p.3-4
2. あなたの大切な情報 p.5-6
3. アレルギーに関する情報 p.7-10
4. アレルギーに関する問診情報 p.11-16
5. 受診歴・診察内容 p.17-24
6. アレルギー原因物質 検査結果等 p.25-26
7. 東京都アレルギー情報 navi. p.27-28



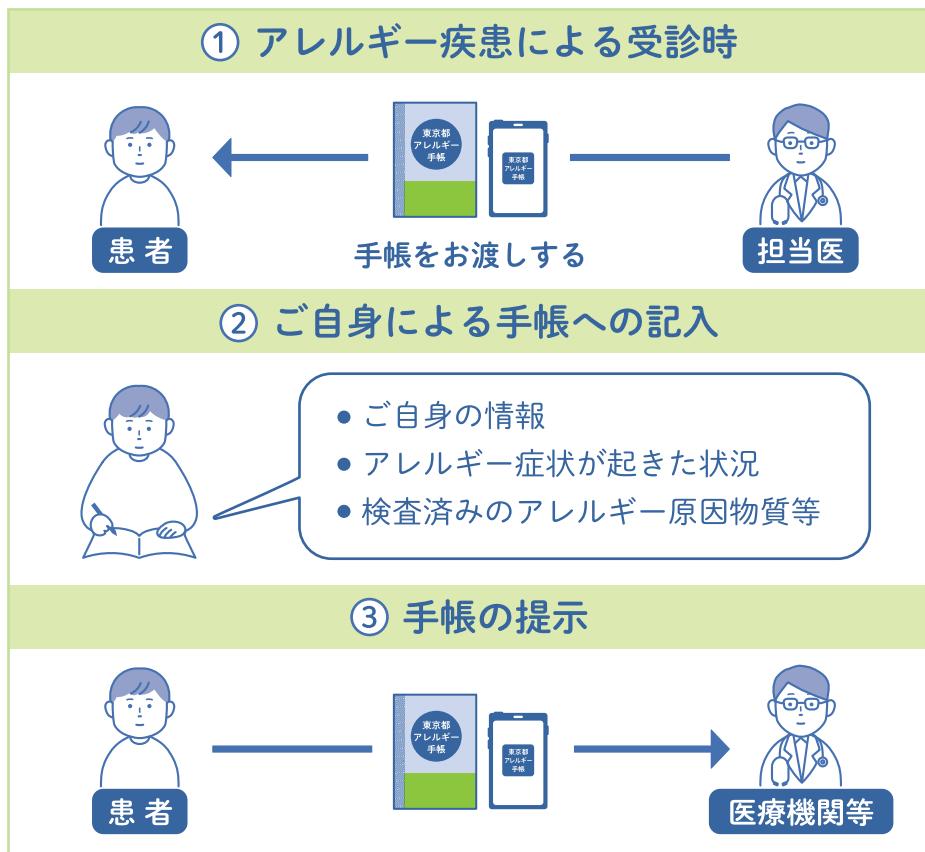
アンケートにご協力ください



1. アレルギー手帳について

(1) 「アレルギー手帳」の使い方

この手帳は患者さんご自身やご家族によるアレルギー疾患の管理を手助けするためのものです。アレルギー疾患に関する情報をご自身で書き留めておき、医療機関の受診時等で提示するなどご活用ください。



医療機関の皆様へ

「アレルギー手帳」は、患者さんのアレルギー疾患に関する情報および経過等をまとめたものです。主に以下の場面での活用を想定しています。

1. 患者自身によるアレルギー疾患の管理
2. 医療機関間における情報の共有
3. 医療機関受診時の補足情報としての活用

貴院での診断や処方の際にご参考ください。



2. あなたの大切な情報

▶ 基本情報

ふりがな

氏名

大正・昭和・平成・令和

生年月日 年 月 日

▶ かかりつけ医リスト

医療機関名	診療科名	担当医名
【記載例】 ○○クリニック	皮膚科	東京 太郎

▶ あなたのアレルギー疾患

該当する項目に をつけてください。(複数可)

	疾患名	発症時期
<input type="checkbox"/>	気管支喘息	歳から
<input type="checkbox"/>	アトピー性皮膚炎	歳から
<input type="checkbox"/>	アレルギー性鼻炎	歳から
<input type="checkbox"/>	アレルギー性結膜炎	歳から
<input type="checkbox"/>	花粉症（季節性アレルギー鼻炎）	歳から
<input type="checkbox"/>	食物アレルギー	歳から
<input type="checkbox"/>	薬剤アレルギー	歳から
<input type="checkbox"/>	金属アレルギー	歳から
<input type="checkbox"/>	その他 ()	歳から

▶ ぜんそくに関する情報

ぜんそくの増悪歴	年 月
入院となったぜんそく発作歴	年 月
	年 月
	年 月
	年 月
	年 月
予定外受診したぜんそく発作歴 (重篤な発作等で、予定していた受診日以外 に受診した発作)	年 月
	年 月
	年 月
	年 月
	年 月

3. アレルギーに関する情報（食物）

▶ 除去している食物

該当する項目に をつけてください。（複数可）

除去の根拠

- ① 明らかな症状あり
- ④ なんとなく避けている
- ② 食物負荷試験での陽性
- ⑤ 食べたことがない
- ③ 血液検査等での陽性

	食物名	発症時期	除去の根拠 (①～⑤)	アナフィラキシー(※1)歴 (有の場合に <input checked="" type="checkbox"/>)	口腔アレルギー(※2) (有の場合に <input checked="" type="checkbox"/>)	食べられるようになった時期 (耐性獲得の時期)	詳細（具体的な種類や食べられる量、症状等）
<input type="checkbox"/>	鶏卵	歳から		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	歳	
<input type="checkbox"/>	牛乳・乳製品	歳から		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	歳	
<input type="checkbox"/>	小麦	歳から		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	歳	
<input type="checkbox"/>	ソバ	歳から		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	歳	
<input type="checkbox"/>	ピーナッツ	歳から		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	歳	
<input type="checkbox"/>	ナッツ類	歳から		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	歳	(すべて・カシューナッツ・アーモンド・クルミ・その他：)
<input type="checkbox"/>	大豆	歳から		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	歳	
<input type="checkbox"/>	ゴマ	歳から		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	歳	
<input type="checkbox"/>	甲殻類	歳から		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	歳	(すべて・エビ・カニ・その他：)
<input type="checkbox"/>	軟体類・貝類	歳から		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	歳	(すべて・イカ・タコ・ホタテ・アサリ・その他：)
<input type="checkbox"/>	魚卵	歳から		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	歳	(すべて・イクラ・タラコ・その他：)
<input type="checkbox"/>	魚類	歳から		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	歳	(すべて・サバ・サケ・その他：)
<input type="checkbox"/>	肉類	歳から		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	歳	(鶏肉・牛肉・豚肉・その他：)
<input type="checkbox"/>	果物類	歳から		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	歳	(キウイ・バナナ・その他：)
<input type="checkbox"/>	その他 ()	歳から		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	歳	

(※1) アナフィラキシー：重篤な全身性の症状で、急速に発現し、生命の危機を伴うこともあります

(※2) 口腔アレルギー（症候群）：ある特定の果物や野菜などを食べると口周囲の発赤や口腔内の腫れ、のどの痛みや違和感などが生じる病気

3. アレルギーに関する情報（薬剤その他）

▶ 過去にアレルギー反応や過敏症・じんましん等を起こしたことのある薬物など

※ 薬剤名等がわからない場合は医師・薬剤師に確認して記載しましょう

4. アレルギーに関する問診情報

▶ アレルギー以外の疾患の有無

他の疾患名	発症時期	経過
(例) 副鼻腔炎	27 歳	<input checked="" type="checkbox"/> 治療中（経過観察含む） <input type="checkbox"/> 完治（　　歳）
	歳	<input type="checkbox"/> 治療中（経過観察含む） <input type="checkbox"/> 完治（　　歳）
	歳	<input type="checkbox"/> 治療中（経過観察含む） <input type="checkbox"/> 完治（　　歳）
	歳	<input type="checkbox"/> 治療中（経過観察含む） <input type="checkbox"/> 完治（　　歳）
	歳	<input type="checkbox"/> 治療中（経過観察含む） <input type="checkbox"/> 完治（　　歳）
	歳	<input type="checkbox"/> 治療中（経過観察含む） <input type="checkbox"/> 完治（　　歳）
	歳	<input type="checkbox"/> 治療中（経過観察含む） <input type="checkbox"/> 完治（　　歳）
	歳	<input type="checkbox"/> 治療中（経過観察含む） <input type="checkbox"/> 完治（　　歳）
	歳	<input type="checkbox"/> 治療中（経過観察含む） <input type="checkbox"/> 完治（　　歳）
	歳	<input type="checkbox"/> 治療中（経過観察含む） <input type="checkbox"/> 完治（　　歳）

▶ 受診に関する情報

疾患名	受診のきっかけ
(例) 食物アレルギー	生卵を食べたらじんましんが出た

4. アレルギーに関する問診情報

▶ 職業歴

時期	職業内容	就労環境
(例) 18~22歳	(例) 飲食店（居酒屋）	(例) 受動喫煙 有
22歳~	飲食店（和食屋）	厨房（調理）

時期	職業内容	就労環境

▶ これまで住んでいた場所・環境について

質問	該当するものに <input checked="" type="checkbox"/>
(1) 建物の形態	<input type="checkbox"/> 木造 <input type="checkbox"/> 鉄筋コンクリート <input type="checkbox"/> その他（ ）
(2) 築年数	<input type="checkbox"/> 新築 <input type="checkbox"/> 築（ ）年
(3) 階数	（ ）階建ての（ ）階
(4) 日当たり	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 悪い
(5) 風通し	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 悪い

質問	該当するものに <input checked="" type="checkbox"/>
(6) じゅうたん	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある
(7) 畳	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある
(8) 布製のソファ	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある
(9) エアコン	<input type="checkbox"/> よく使う <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> 全く使わない
(10) 暖房器具	<input type="checkbox"/> ファンヒーター (<input type="checkbox"/> 電気、 <input type="checkbox"/> ガス、 <input type="checkbox"/> 灯油) <input type="checkbox"/> 灯油ストーブ <input type="checkbox"/> ホットカーペット <input type="checkbox"/> その他（ ）

4. アレルギーに関する問診情報

▶ ペットの有無

1. 自宅	
種類	飼育の有無 (該当するものに☑)
イヌ	<input type="checkbox"/> 室内 <input type="checkbox"/> 室外
ネコ	<input type="checkbox"/> 室内 <input type="checkbox"/> 室外
小鳥	<input type="checkbox"/> 室内 <input type="checkbox"/> 室外
ハムスター	<input type="checkbox"/> 室内 <input type="checkbox"/> 室外
その他 ()	<input type="checkbox"/> 室内 <input type="checkbox"/> 室外

2. 自宅以外で長時間過ごす場所 (実家等)	
種類	飼育の有無 (該当するものに☑)
イヌ	<input type="checkbox"/> 室内 <input type="checkbox"/> 室外
ネコ	<input type="checkbox"/> 室内 <input type="checkbox"/> 室外
小鳥	<input type="checkbox"/> 室内 <input type="checkbox"/> 室外
ハムスター	<input type="checkbox"/> 室内 <input type="checkbox"/> 室外
その他 ()	<input type="checkbox"/> 室内 <input type="checkbox"/> 室外

▶ 家族のアレルギー歴

続柄	アレルギー疾患名	アレルギー原因物質	備考 (症状など)

5. 受診歴・診察内容 (1/4)

受診年月日等	担当医へ伝えたいこと	担当医から指示・検査・治療等
年 月 日 医療機関		
担当医		
年 月 日 医療機関		
担当医		
年 月 日 医療機関		
担当医		
年 月 日 医療機関		
担当医		

5. 受診歴・診察内容（2/4）

受診年月日等	担当医へ伝えたいこと	担当医から指示・検査・治療等
年 月 日 医療機関		
担当医		
年 月 日 医療機関		
担当医		
年 月 日 医療機関		
担当医		
年 月 日 医療機関		
担当医		

5. 受診歴・診察内容（3/4）

受診年月日等	担当医へ伝えたいこと	担当医から指示・検査・治療等
年 月 日 医療機関		
担当医		
年 月 日 医療機関		
担当医		
年 月 日 医療機関		
担当医		
年 月 日 医療機関		
担当医		

5. 受診歴・診察内容 (4/4)

受診年月日等	担当医へ伝えたいこと	担当医から指示・検査・治療等
年 月 日 医療機関		
担当医		
年 月 日 医療機関		
担当医		
年 月 日 医療機関		
担当医		
年 月 日 医療機関		
担当医		

6. アレルギー原因物質 検査結果（貼り付け）

必要に応じて検査結果を
貼り付けてください。

必要に応じて検査結果を
貼り付けてください。

7. 東京都アレルギー情報 navi.

アレルギー疾患には様々な原因や症状があり、重症化の予防や症状の軽減のためには、正しい知識を持つことが重要です。

東京都では、アレルギー疾患のある方とその家族をはじめ、医療関係者や保育施設等の職員などに向けて、アレルギー疾患に関する情報を総合的に掲載したポータルサイト『東京都アレルギー情報 navi.』を開設しています。



掲載内容

- 基礎知識
- 自己管理方法
- 緊急時対応マニュアル
- 研修教材など各種出版物
- 医療機関情報
- 診療ガイドライン等の情報
- 講演会・研修情報
- よくある質問 等



右記の QR コードを読み取ると『東京都アレルギー情報 navi.』を見る事ができます

<https://www.hokeniryo1.metro.tokyo.lg.jp/allergy/>



自由記載欄（メモ）