

化学物質過敏症 問診票

2005/10/16 角田改変版

患者番号 (ID) _____

氏名: _____

記載年月日: _____年____月____日

性別: (女・男) 年齢: _____歳

生年月日: T・S・H _____年____月____日

職業: _____

現住所: 〒 _____

TEL: _____ - _____ - _____

FAX: _____ - _____ - _____

1. 症状出現・悪化の引き金 (丸をつけてください)

- ①新築家屋に転居後にさまざまな症状が始まった—転居は_____年____月
- ②学校の (改築・新築) 後からさまざまな症状が始まった—改築・新築は_____年____月
- ③新しい仕事についてから症状が始まった—仕事開始は_____年____月から
- ④化学物質を使い始めてから症状が始まった—その化学物質名 (_____)
化学物質を使い始めたのは_____年____月
- ⑤その他 (以下に記入してください。引き金となる事態が起きた年月も記載してください。)

2. 過去のアレルギー疾患歴や主な病気などを記入して下さい (以下の例にあれば丸をつける)。

アトピー性皮膚炎・気管支喘息・アレルギー性鼻炎・アレルギー性結膜炎・じんましん・アナフィラキシー・扁桃腺肥大・頭痛、めまい、立ちくらみ、化学物質の臭いに敏感、
その他 (以下に記載)

3. 1. の後から始まった、主な症状を書いて下さい (5 つまでにしてください)。また、その経過が当てはまる場合は欄内に○をつけて下さい。

症状	1 の症状悪化・出現の引き金前からあり、悪化した	新たに症状が出始め、現在も続いている	症状が出たが現在は改善している	その他
1				
2				
3				
4				
5				

環境曝露および過敏性の質問票

この問診票は化学物質で過敏性反応を示す方々の環境要因を調査、整理する目的で行なわれるもので、日本、米国マサチューセッツ工学部、テキサス大学、アリゾナ大学医学部他で使用されている調査票を、日本用に改定したものです。

現在の状態に丸を付けて下さい。必ずどこかに丸を付けて下さい。空欄を残すのは厳禁です。内容は以下の5つです。

- 1.症状の程度(0~10)
- 2.化学物質に対する不耐性(0~10)
- 3.その他の化学物質や食品に対する不耐性(0~10)
- 4.暮らしとの関係日常生活の障害度(0~10)
- 5.マスクング：症状の隠れ、偽装が環境化学物質曝露に対する1つの適応(0~1)

この問診票は化学物質過敏症患者の診断、治療に役立つのみでなく、症状の国際的比較にも使われ治療法の進歩に役立ちます。

5つの項目ごとに合計点を入れ、判定表で評価してください。尚、各個人の秘密は厳守されます。

化学物質過敏症用問診票の書き方

2001/7/6 文：角田和彦 絵：角田むつみ

- 化学物質曝露による反応・その他の化学物質曝露による反応・マスクングの項では、今までに経験したことを記入して下さい。
- 現在の症状の間診では、項目の中にある症状があれば、その一番ひどい症状をもとに記入してください。記入時までの状態を思い出して記入してください。
- 日常生活の障害の程度は、病状悪化から記入時までの状態を思い出して記入してください。
- 程度が0から10までの数字で示してあります。当てはまる状態の数字に○をつけてください。
0 : まったく症状がなく、元気な状態
1~5 : 多少の症状があるが、元気で生活できる状態
6~9 : 症状があるが何とか生活できる状態
10 : 具合が非常に悪く、動けなくなってしまうような状態を指しています。

10歳未満の児童の場合には、保護者の方が判断して記入してください。

(0 1 2 3 4 5 6 7 8 9



化学物質を吸い込んだとき（曝露といいます）の反応

それぞれの化学物質を吸い込んだときに、体が反応して、例えば頭痛、頭が働かなくなる、呼吸が苦しくなる、胃の不調、ふらふらするなど、さまざまな症状がでるかどうかを聞くものです。

症状の強さを0から10の点数で丸を付けて下さい。丸は1カ所だけです。

0=まったく反応なし 5=中等度の反応 10=動けなくなるほどの症状

1-1.車の排気ガス（特にディーゼル車） (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10) : 経験がない

1-2.石油ストーブや石油湯沸器の排気ガス (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10) : 経験がない
1の項目の最高点数 ()

2.タバコの煙 (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10) : 経験がない
2の項目の最高点数 ()

3-1 殺虫剤（有機リンなど：農地、公園、町内での散布、スプレー、くんじょう剤など）
(0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10) : 経験がない

3-2 タンスの防虫剤 1
パラジクロロベンゼン：パラゾール臭 (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10) : 経験がない

3-3 タンスの防虫剤 2
ピレスロイド臭（臭いが少ない防虫剤）(0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10) : 経験がない

3-4 蚊取り線香の煙・電気蚊取臭 (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10) : 経験がない
3の項目の最高点数 ()

4.ガソリン臭 (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10) : 経験がない

5.ペンキやシンナー臭 (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10) : 経験がない

6-1.消毒剤エタノール（エチルアルコール）(0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10) : 経験がない

6-2 漂白剤(次亜塩素酸)からでる塩素の匂い (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10) : 経験がない

6-3 バスクリーナー（合成洗剤） (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10) : 経験がない

6-4 床用クリーナー（合成洗剤・ワックス除去剤）
(0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10) : 経験がない

6-5 床のワックス（一般市販品） (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10) : 経験がない
6の項目の最高点数 ()

7-1.香水の臭い (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10) : 経験がない

7-2 トイレや自動車などで使う芳香剤の臭い
(0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10) : 経験がない

7-3 洗濯用柔軟剤や洗剤の香料の臭い
(0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10) : 経験がない

7-4 シャンプーの香料の臭い
(0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10) : 経験がない

7の項目の最高点数 ()

8-1 新しいアスファルト・コールタールの臭い
(0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10) : 経験がない

8の項目の最高点数 ()

- 9-1 マニキュアの臭い (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10) : 経験がない
 9-2 マニキュアの除去液の臭い (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10) : 経験がない
 9-3 ヘアースプレーの臭い (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10) : 経験がない
 9-4 オーデコロンの臭い (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10) : 経験がない

9の項目の最高点数 ()

- 10-1.新しいカーペットの臭い (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 : 経験がない)
 10-2 新しいシャワーカーテンの臭い (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 : 経験がない)
 10-3 新車の臭い (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 : 経験がない)
 10-4 新築の家の化学物質の臭い (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10) : 経験がない
 10-5 新しいビニール製品の臭い (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10) : 経験がない
 10-6 マジックインキの臭い (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10) : 経験がない
 10-7 歯科でフッ素塗布をした後 (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10) : 経験がない
 10-8 歯科で歯に詰め物をした後 (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10) : 経験がない
 10-9 歯科で歯の神経の治療をした後 (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10) : 経験がない

10の項目の最高点数 ()

1-10の各項目の最高点数の合計点数 _____

その他にも化学物質で症状が出てくるような物質がありましたら、下に書き出して、上と同様に0から10の点数を付けて下さい。

- _____ (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)
 _____ (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)
 _____ (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)
 _____ (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)
 _____ (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)

その他の化学物質曝露による反応

前のページと同じ要領で、丸を付けて下さい。

0 : まったく反応なし 5 : 中等度の反応 10 : 動けなくなるほどの症状

1.塩素消毒された水道水を飲用したとき (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10) : 経験がない

2-1.卵や牛乳、小麦、魚、ソバ、エビ、ゴマなどの食物を食べたときの反応

(0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10) : 経験がない

2-2 グルタミン酸ソーダー(味の素など)や人工着色料 (黄色4、黄色5、赤2など)、保存剤 (パラベンなど)、人工香料のような添加物のどれかに対する反応

(0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10) : 経験がない

2-3 漂白に使われた亜硫酸塩 (乾燥果実、ワインなど) への反応

(0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10) : 経験がない

2の項目の最高点数 ()

3.食後一定時間具合が悪くなることがありますか? (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)

4.以下のカフェインを含む食品で具合が悪くなることがありますか？

- 4-1 コーヒー (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10) : 経験がない
4-2 紅茶 (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10) : 経験がない
4-3 日本茶 (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10) : 経験がない
4-4 ウーロン茶 (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10) : 経験がない
4-5 コーラ等カフェイン含有清涼飲料 (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10) : 経験がない
4-6 チョコレート・ココア (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10) : 経験がない

4の項目の最高点数 ()

5.以下のカフェインを含む食品を飲まない (または、食べない) と具合が悪くなりますか？

- 5-1 コーヒー (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10) : 経験がない
5-2 紅茶 (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10) : 経験がない
5-3 日本茶 (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10) : 経験がない
5-4 ウーロン茶 (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10) : 経験がない
5-5 コーラ等カフェイン含有清涼飲料 (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10) : 経験がない
5-6 チョコレート・ココア (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10) : 経験がない

5の項目の最高点数 ()

6. 4と5の質問以外で、何か習慣性になってしまっている、または、食べないと体調不良となり具合が悪くなるような食物がありますか？ (ない・ある)

ある場合、その食品は何ですか？ (_____)

その食品を食べたときの症状の強さは？ (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)

その食品を食べないときの症状の強さは？ (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)

6の項目の最高点数 ()

7-1 少量のビール、少量の酒・焼酎などのアルコールで具合が悪くなりますか？

(0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10) : 経験がない

7-2 ワインのような軽いアルコール飲料で具合が悪くなりますか？

(0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10) : 経験がない

7の項目の最高点数 ()

8.以下のようなものが皮膚に触れると、なにか症状がでますか？

8-1 買ったばかりの新しい衣類 (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)

8-2 合成繊維使用の衣類 (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)

8-3 金属の装飾品 (ピアス、ネックレス、指輪、時計のベルト、ベルトの金具など)

(0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10) : 経験がない

8-4 化粧品類 (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10) : 経験がない

8の項目の最高点数 ()

9.以下の物質で症状が出たこと (具合が悪くなったこと) がありますか？

9-1 抗生物質 (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10) : 経験がない

9-2 麻酔薬 (局所麻酔・全身麻酔) (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10) : 経験がない

9-3 非ステロイド系解熱鎮痛剤 (通常使う痛み止めや解熱剤)

(0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10) : 経験がない

9-4 精神安定剤 (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10) : 経験がない

- 9-5 X線造影剤 (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10) : 経験がない
 9-6 ワクチン (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10) : 経験がない
 9-7 ピルなどの避妊薬 (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10) : 経験がない
 9-8 インプラント(金属や人造の骨、シリコンなど体内へ埋め込まれた人工物)
 (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10) : 経験がない
 9-9 入れ歯 (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10) : 経験がない
 9-10 避妊器具 (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10) : 経験がない
- 9の項目の最高点数 ()

10. 次のような自然物にアレルギー反応がありますか？

- 10-1 樹木や草、その花粉 (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)
 10-2 ダニ、ハウスダスト、かび (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)
 10-3 動物のフケや毛 (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)
 10-4 虫に刺されるとひどく腫れる (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)
 10-5 食物などで喘息、鼻炎、じんましん、湿疹のようなアレルギー反応
 (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)
 10-6 天然ゴム製品 (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)
- 10の項目の最高点数 ()

1-10の各項目の最高点数の合計点数 _____

現在の症状の問診

あなたの症状についての質問です。症状が始まってから今までの症状の程度を選んで下さい。

0 : まったくなし 5 : 中等度の症状 10 : 動けなくなるほどの症状

1 筋肉・関節症状

- 1-1 筋肉の痛み (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)
 1-2 関節の痛み (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)
 1-3 けいれん(こむらがえり) (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)
 1-4 筋肉や関節のこわばり (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)
 1-5 力が抜ける (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)
- 1の項目の最高点数 ()

2 気管粘膜症状

- 2-1 眼の刺激
 (目がちかちかする、痛い、かゆい、まぶしい、やける感じ、しみる感じ、目がかすむ)
 (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)
 2-2 咳が出る (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)
 2-3 痰がでる (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)
 2-4 ゼーゼーする (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)
 2-5 息切れ・呼吸が苦しい (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)
 2-6 鼻水が出る、鼻がつまる、鼻が痛い、鼻汁がのどの奥の方に流れる感じ
 (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)

- 2-7 風邪にかかりやすい (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)
2の項目の最高点数 ()
- 3 心臓・循環器の症状
- 3-1 どうき (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)
- 3-2 脈のけったい (脈が飛ぶ、ドキッとする) (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)
- 3-3 胸の不安感 (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)
- 3-4 胸痛 (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)
3の項目の最高点数 ()
- 4 消化器症状
- 4-1 腹痛 (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)
- 4-2 胃けいれん (胃がキュッと痛くなる) (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)
- 4-3 膨満感 (おなかが張る) (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)
- 4-4 吐き気・嘔吐 (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)
- 4-5 下痢 (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)
- 4-6 便秘 (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)
4の項目の最高点数 ()
- 5 認識
- 5-1 集中力がなくなる (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)
- 5-2 記憶力がなくなる (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)
- 5-3 決断力が低下する (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)
- 5-4 無気力感が強い (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)
- 5-5 思考力が低下する (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)
5の項目の最高点数 ()
- 6 情緒
- 6-1 緊張し過ぎる (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)
- 6-2 あがりやすい (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)
- 6-3 刺激されやすい (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)
- 6-4 うつ状態になる (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)
- 6-5 泣きたくなったり感情的になったりする (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)
- 6-6 以前興味があったものに興味が持てない (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)
- 6-7 不眠 (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)
6の項目の最高点数 ()
- 7 神経・末梢神経の症状
- 7-1 めまいがする (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)
- 7-2 立ちくらみがする (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)
- 7-3 手足の動きがぎこちない (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)
- 7-4 手足のしびれ (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)
- 7-5 手足のチクチク感 (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)
- 7-6 目のピントが合わない (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)
- 7-7 最近、目が悪くなった (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)

7の項目の最高点数 ()

8 頭部の症状

8-1 頭痛がする (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)

頭痛の性質：締め付けられるような頭痛 (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)

頭痛の性質：ズキズキする頭痛 (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)

8-2 頭の圧迫感 (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)

8-3 頭の中に一杯に詰まった感じ (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)

8の項目の最高点数 ()

9 皮膚の症状

9-1 発疹がでる (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)

9-2 じんましんがでる (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)

9-3 アトピー性皮膚炎が悪化した (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)

9-4 皮膚の乾燥感がひどくなる (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)

9の項目の最高点数 ()

10 泌尿・生殖器の症状

10-1 外陰部のかゆみがひどい (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)

10-2 外陰部の痛みがひどい (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)

10-3 トイレが近い (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)

10-4 尿失禁（おしっこを漏らすこと）が多くなった (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)

10-5 排尿困難がある (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)

10-6 女性の場合は生理時の不快感、苦痛がひどい (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)

10の項目の最高点数 ()

1-10の各項目の最高点数の合計点数 _____

11-1 持続する倦怠感 (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)

11-2 強度の疲労感 (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)

化学物質過敏症診断基準 は主症状 は副症状

主症状 2項目+副症状 4項目陽性 または

主症状 1項目+副症状 6項目陽性+神経・眼科的検査 2項目陽性で化学物質過敏症疑い

マスキング（症状の偽装）

化学物質で起きた症状を軽くしようとして無意識に行っている行動、化学物質曝露に対する適応の状態に対する質問です。

以下の項目は、あなたが現在行っているマスキングに関する質問です。

はい、いいえ、に丸を付けて下さい。

1.週に1回以上タバコを吸ったりしますか いいえ=0 はい=1

2.アルコールの入った飲料、ビール、ワインを週1回以上飲みますか いいえ=0 はい=1

3.コーヒー系の飲み物を週1回以上飲みますか いいえ=0 はい=1

4.香水、ヘアスプレー、香料入りの化粧品を週1回以上使用しますか いいえ=0 はい=1

各質問項目の最大値の合計点数で、次のように判断します。

評価の基準

程度	低い	中等度	高い	あなたの点数を記入
化学物質を吸い込んだときの反応	0-19	20-39	40-100	
その他の化学物質曝露による反応	0-11	12-24	25-100	
現在の症状	0-19	20-39	40-100	
マスクング	0-3	4-5	6-10	
日常生活の障害度	0-11	12-23	24-100	

以下の表にあなたの点数を入れて判定してください。

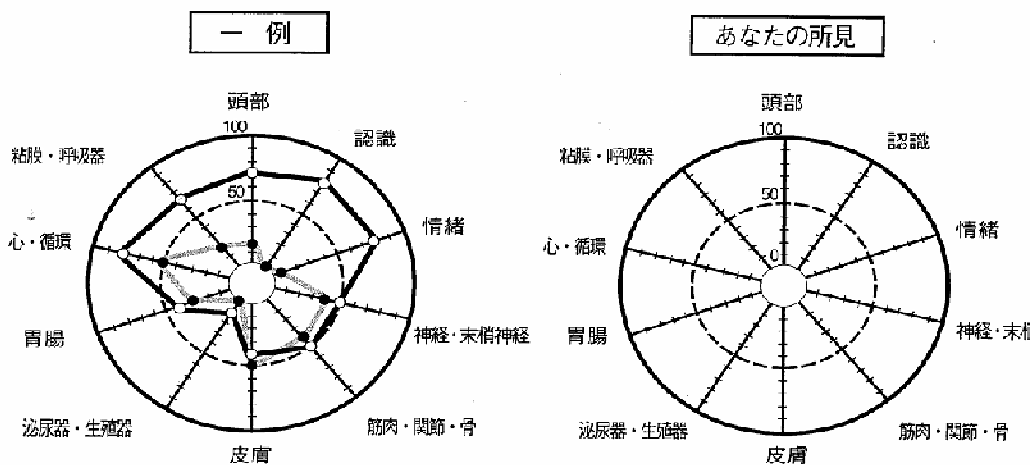
化学物質過敏症を疑う程度	化学物質を吸い込んだときの反応	現在の症状	マスクング
あなたの点数			
非常に疑わしい	≥40	≥40	≥4
非常に疑わしい	≥40	≥40	<4
ある程度疑わしい	<40	≥40	≥4
疑いはない	<40	≥40	<4
疑わしい	≥40	<40	≥4
疑わしい	≥40	<40	<4
疑いはない	<40	<40	≥4
疑いはない	<40	<40	<4

出典：Miller CS, Prihoda TJ: The Environmental Exposure and Sensitivity Inventory (EESI): a standardized approach for measuring chemical intolerances for research and clinical applications. Toxicology and Industrial Health 15:370-385, 1999

翻訳責任者：北里研究所病院臨床環境医学センター 石川哲、宮田幹夫
2005 改定責任者：かくたこども&アレルギークリニック 角田和彦

現在の症状の各項目の点数を 10 倍した値を使って、最終頁の丸い(まとめ)図を書いて下さい。例が書いてあります。内側が 0(零点)で軽い、外側が 100(百点)で重い配点になっています。自分が化学物質過敏症になる前の症状を思い出せるならばそれを黒丸●、現在の症状を白丸○、で書いていただくと良い比較図が作れます。

まとめの図



黒い線：今回のデータ
灰色の線：過去健康時