

アトピー性皮膚炎 問診票

記入日	年 月 日
ID	
名前	

1)①今まで医師よりアトピー性皮膚炎と診断されたことがありますか？

はい(歳時) ・ いいえ

②「はい」の場合、過去・現在の治療を教えてください。

【塗り薬】

①タクロリムス(プロトピック) ある ・ ない

②ステロイド ある() ・ ない

③保湿剤 ある() ・ ない

【飲み薬】 ある()
ない

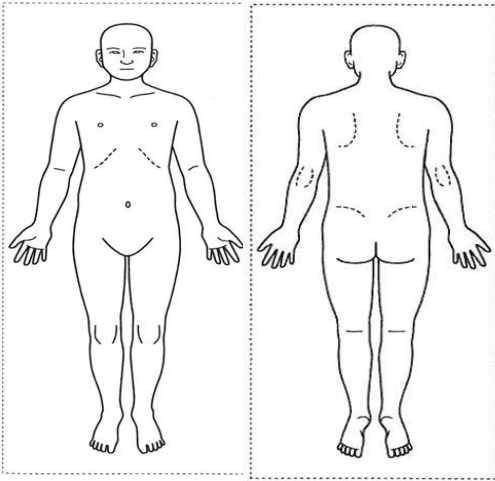
【その他】()

*これまで使用した薬で副作用はありましたか

はい(薬の名前:) ・ いいえ

2) 今までで症状が一番ひどい時期はいつ頃でしたか()

3)



* 症状のある部位を斜線で示して下さい。

* 一番ひどい部位に○をして下さい。

4)アトピー性皮膚炎以外のアレルギー疾患はありますか？

喘息 アレルギー性鼻炎 アレルギー性結膜炎 食物アレルギー その他()

5)下記でアレルギー症状などの異常を起こしたものがあれば教えてください。

薬疹() 食物() 花粉()

ハウスダスト 金属() その他()

6) *出身地を教えてください() *職業を教えてください()

ペットを飼っていますか()

血のつながりのある方でアレルギー疾患のある方はいますか

*関係 () アレルギー疾患の名前()

*関係 () アレルギー疾患の名前()