

【アトピー性皮膚炎 問診票】

ふりがな
氏名： _____ (男・女) 年齢： _____ 歳 _____ か月

記入日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

1. これまでかゆみのある湿疹が出たことがありますか？

はい いいえ

2. 初めて湿疹が出たのはいつ頃ですか？その時の湿疹の場所はどこですか？

発症年齢： _____ 歳 _____ か月頃 湿疹の場所： _____

3. これまでの症状の経過について、例のようにできるだけ詳しく記入してください。

年月または年齢	症状	受診した医療機関	診断・受けた治療	その後の様子
例：2020年4月（3か月）	顔の湿疹	○クリニック	乳児湿疹と診断された。 ステロイド外用薬（ロコイド）と保湿薬をもらって、1日1回塗るよう言われた。	塗り薬で湿疹は良くなったので、塗り薬は中止した。 時々湿疹が出ることはあり、ひどくなれば塗り薬を塗っている。○クリニックへの定期的な受診はしていない。

4. 湿疹がひどくなる時期を教えてください。(該当するものに丸)

時期： 1・2・3・4・5・6・7・8・9・10・11・12月

5. 湿疹が悪化する原因と感じるものを教えてください。(複数回答可)

- ダニ・ほこり カビ 花粉 ペット 乾燥
 風邪・体調不良 疲れ・寝不足 ストレス 運動・汗
 食物(具体的に：) その他(具体的に：)

6. 現在使用されている薬(市販薬も含めて)はありますか？

- はい(薬： _____)
 いいえ

7. 塗り薬を使用されている方は、塗っている場所と頻度を教えてください。

塗り薬の名前	塗っている場所	頻度
例：ヒルドイド	全身	1日1回

8. 今まで下記の病気と言われたことがありますか？

- 食物アレルギー はい いいえ
気管支ぜん息 はい いいえ
アレルギー性鼻炎(花粉症) はい いいえ

9. ご家族や親戚の中に下記の病気と言われたことのある方はおられますか？

- アトピー性皮膚炎 はい(誰： _____) いいえ
食物アレルギー はい(誰： _____) いいえ
気管支ぜん息 はい(誰： _____) いいえ
アレルギー性鼻炎(花粉症) はい(誰： _____) いいえ
その他のアレルギー() はい(誰： _____) いいえ

過去に行った検査結果をお持ちでしたら、受付にて提出をお願いします