

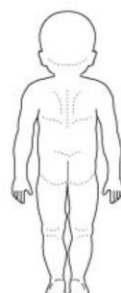
～アトピー性皮膚炎・湿疹問診票～

ふりがな

氏名： _____ (男・女)

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (年齢 _____ 歳 _____ ヶ月)

1. 湿疹が出始めたのはいつ頃からですか？ _____ 歳 _____ か月頃
2. 医師から、アトピー性皮膚炎と診断されたことはありますか？ いいえ はい： _____ 歳 _____ か月頃
3. かゆみはありますか？ いいえ はい
かゆがるときはどんな時ですか？
1 日中ずっと 服を脱いだ時 (お着替えや入浴時) 汗をかいたとき (運動したときなど)
寝るとき いらいらしたとき (怒られたときなど感情・精神的な変動があったとき)
4. 湿疹が出ている部分、出やすい部分はどこですか？ 出ている部分を塗ってください。



5. 内服はしていましたか？ いいえ はい (お薬の名前 _____ を (毎日・かゆい時だけ) 使用)
6. 外用薬について、お聞きします。

保湿剤・・・塗る回数 1日 _____ 回

何を使用されてきましたか？ ワセリン・プロペト ヒルドイド (ソフト・ローション・フォーム)
ビーソフテン その他 (_____)

ステロイド・・・塗る回数 1日 _____ 回

何を使用されてきましたか？ ココイド キンダベート アルメタ リドメックス
リンデロン ボアラ ネリゾナ アンテベート
マイザー デルモベート その他 (_____)

ステロイド以外・・・塗る回数 1日 _____ 回

何を使用されてきましたか？ プロトピック ベシカム コンベック オイラックス
レスタミン アズノール その他 (_____)

7. スキンケアについて、お聞きします。

毎日お風呂に入りますか？ はい いいえ (_____ 日に 1 回)

石けんを使用しますか？

いいえ はい (全身 顔には使用しない 湿疹部分は使用しない 湿疹部分のみ使用する)

何で洗いますか？

手で洗う ナイロンタオル 綿タオル スポンジ その他 (_____)

その他相談したいことがございましたらご記入ください。