

アトピー性皮膚炎問診票

お名前

記入日

在胎週数: 週 日

出生体重: g 身長: cm

経膣分娩 帝王切開 緊急帝王切開(理由:)

既往歴:

家族歴:

アレルギー歴:

内服している薬、サプリメントなどあればご記入ください
()

1. 本日の症状についてお聞きます。

・いつ頃からですか。

本日 / 昨日 / () 日前 / () 週間前 / () ヶ月前 / () 年前

・どのような症状ですか。(複数選択可)

かゆい / 赤い / 痛い / かさかさ / ざらざらする / 出血する / その他

・思い当たる原因はありますか。(複数選択可)

薬 / 食べ物 / 化粧品 / 虫刺され / 日焼け / ストレス(受験・習い事・スポーツ) / その他

・この症状で、何か治療をしていましたか。(はい・いいえ)

はいの方→ 家にあった薬 / 薬局で買った薬 / 病院に通った(病院名)

・いま使用している外用薬があれば教えてください

保湿剤 ()

外用薬 (ステロイド→ いつから 薬剤名)

(ステロイド以外→いつから 薬剤名)

2. いま特に困っていることはなんですか？

()

3. 難治性アトピー性皮膚炎の治療に生物学的製剤(デュピクセント、ミチーガ)の注射という選択肢もあります。この治療について興味はありますか？

(興味はない / 痛くないならやってみたい / 副作用がないならやってみたい / この治療を強く希望する)

ご協力ありがとうございました。お薬手帳があればご持参ください

番町麴町こどもクリニック