

<問診票> (アトピー性皮膚炎用)

◎以下の選択肢に対して、適当な項目に○をつけ、()内は記述してください。

(1) 症状はいつ頃より認めましたか。()

(2) 部位は、[頭部・顔面・首・胸部・腹部・殿部・肘・膝・手・足・
その他()]

(3) 最近の症状は、

1. 悪化 2. 不変 3. やや改善

(4) 今までに、アトピー性皮膚炎と言われたことがありますか。

1. ある 2. ない

(5) 家族にアレルギー疾患のある方は、

1. いる 2. いない

1. の場合、[父・母・祖父(父方, 母方)・祖母(父方, 母方), 兄弟
その他()]

疾患名:()

(6) 乳児期の栄養

1. 母乳 2. 人工(ミルク) 3. 混合(母乳とミルク)

1. 3. の場合、母親は食事制限されていませんか。

1. はい(例.) 2. いいえ

(7) 離乳食の食事制限はされていませんか。(離乳食前は回答しなくてよい)

1. 制限あり(例.) 2. 制限なし

(8) 今まで、アレルギー検査をしたことがありますか。

1. はい 2. いいえ

1. の場合、いつ頃() どの様な検査()

(9) 今まで、どの様な治療をされてきましたか。

1. 無治療 2. 外用剤のみ 3. 外用剤及び経口剤

4. その他()

(10) 今まで、予防接種や薬に対してアレルギー症状(副反応)が出たことがありますか。

1. はい 2. いいえ

1. の場合、予防接種あるいは薬の種類()

症状:()