

アトピー性皮膚炎 問診票

この問診票は、診察前に患者様の現在の病気の状況を正確に知るため必要な情報です。

大変お手数ではございますが、通常の間診票とあわせて可能な限りご記入をいただけましたら幸いです。

お名前 _____

- ・症状はいつ頃からありますか [_____]
- ・アトピー性皮膚炎と診断されたのはいつ頃ですか [_____]
- ・現在、使用している塗り薬に○をしてください

[スteroid ・ プロトピック (タクロリムス) ・ レスタミン ・ ヒルドイド (ヘパリン類似物質)
 尿素 (ケラチナミン、パスタロン等) ・ ワセリン ・ ザーネ ・ その他 (_____)]

- ・塗り薬を塗る頻度で当てはまるものに○をしてください
 (毎日1回 ・ 毎日2回 ・ 毎日3回以上 ・ 症状があるときのみ)

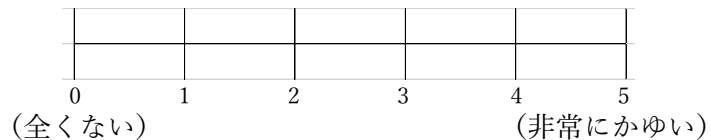
- ・ステロイド剤を使用している方はどの部位に何を塗っていますか

頭： _____ 顔： _____ 首： _____
 体： _____ 四肢： _____

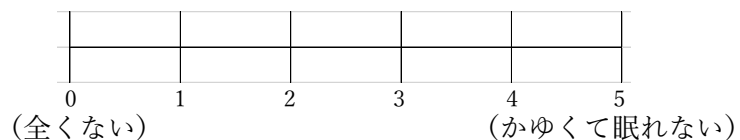
- ・アトピー性皮膚炎に対する内服薬 (かゆみ止め) を飲んだことがありますか (はい ・ いいえ)
 ⇒ある場合は何を飲んだことがありますか [_____]
- ・紫外線治療をしたことがありますか (はい ・ いいえ)

- ・現在の皮膚の症状について、当てはまる部分に○をしてください

- ・最近3日間のかゆみの程度



- ・最近3日間の睡眠障害の程度



- ・ご自身の症状が悪化する原因として当てはまるものはありますか

[汗 ・ ストレス ・ ハウスダスト ・ ダニ ・ 空気の乾燥 ・ 花粉 ・ よだれ ・ 下着や衣類
 化粧品 ・ 食物 ・ ペット ・ その他 (_____)]

- ・プロアクティブ療法を知っていますか (はい・いいえ)

スキンケアについて 当てはまるものに○をしてください

- ・ シャワー浴や入浴の頻度 (1日1回・1日2回・1日3回・2日以上に1回)
- ・ 使用している洗剤 (固形石鹼・液体石鹼・ポンプ式の泡石鹼・石鹼は使用しない)
- ・ 入浴時、体を何で洗っていますか
(ガーゼ・スポンジ・ナイロンタオル・綿タオル・素手・その他 ())
- ・ 入浴時のお湯の温度 (38°C・39°C・40°C・41°C・42°C以上)
- ・ 保湿剤の使用について
(湿疹や乾燥があるときのみ・症状がなくても定期的に・冬の時期のみ・使用しない)
- ・ 保湿剤をぬる頻度 (1日1回・1日2回・1日3回以上・たまに塗る・塗らない)
- ・ 保湿剤の種類
ワセリン・ヒルドイドソフト (ヘパリン類似物質)・ヒルドイドローション・ザーネ
尿素クリーム・市販のクリーム・市販のローション・その他 ()

以上になります、ご記入ありがとうございました