



まちのほけんしつ

アトピー性皮膚炎・湿疹

円滑な診療を行うため、お手数ですがご記入をお願いいたします。

記入日 年 月 日

ふりがな お子さまの名前		男・女	生年 月日	平成 年 月 日 (歳 ヶ月)
-----------------	--	-----	----------	---------------------

1. 湿疹が出始めたのは、いつ頃からですか？

___歳___か月頃から ___月___日___時頃から

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___ヶ月頃

3. かゆみはありますか？

いいえ

はい: どんなときにかゆがりますか？

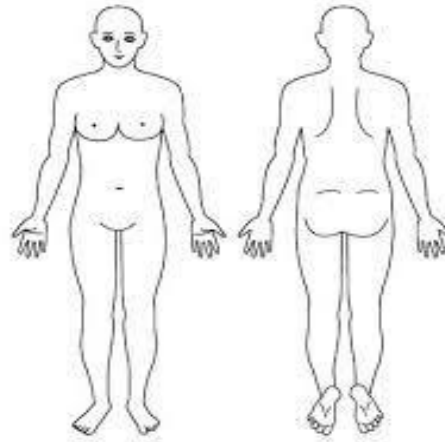
常に 入浴後 汗をかいたとき

寝るとき いらいらしたとき

服を脱いだとき

4. 湿疹が出ている部分、出やすい部分はどこですか？

右図で出ている部分を○で囲んでください



5. 内服はしていましたか？

いいえ はい: お薬の名前 _____ を (毎日・かゆいときだけ) 服用

6. 外用薬についてお聞きます。

保湿剤: 塗る回数 ___回/日 ・ かゆいときだけ
薬の名前()

ステロイド: 塗る回数 ___回/日 ・ かゆいときだけ
薬の名前()

ステロイド以外: 塗る回数 ___回/日 ・ かゆいときだけ
薬の名前()

7. スキンケアについてお聞きます。

石けんを使用しますか？

はい いいえ

何で洗いますか？

手で洗う ナイロンタオル その他()

8. どんな時に、湿疹は悪化しますか？

季節: 春 夏 秋 冬 季節の変わり目 その他()

食べ物: 卵 牛乳 小麦 大豆 その他()

環境等: 汗 日光 日焼け止めや保湿剤など その他()

