

記入日 平成 年 月 日

お名前 年齢 才 男 ・ 女

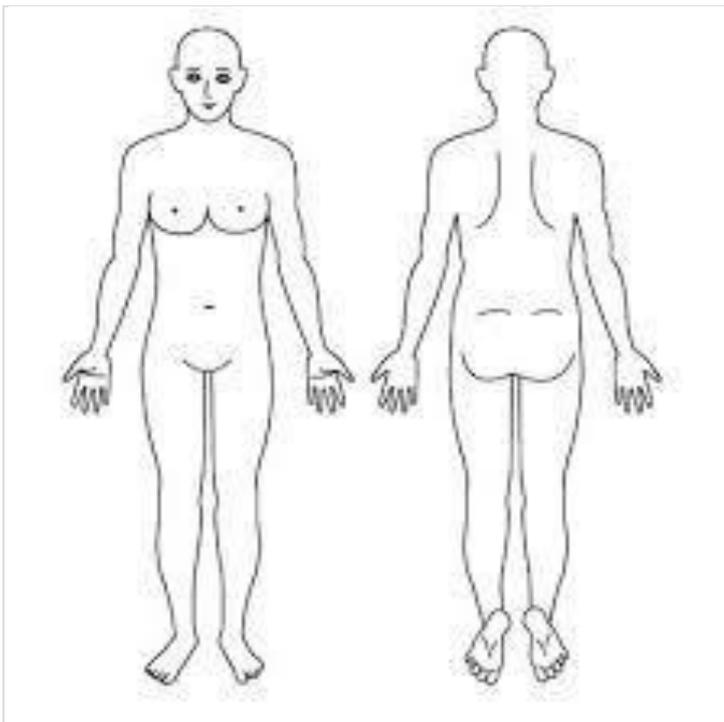
アトピー性皮膚炎の症状についてお伺いたします。

当院では、日本皮膚科学会のガイドラインを基本にしながら、適切で安全なステロイド外用剤の使用をしていくことでアトピー性皮膚炎の完治をめざしています。

適切な使用だったら

使用してもよい      それでもステロイドは使用したくない

現在、どこに、どのような症状がありますか？詳しく教えてください。下の図に書きこんでください。



今、特に困っていることは何ですか？ 湿疹・色素沈着・かゆみ・日常生活・その他（ ）

夜、かゆみで目をさますことがありますか？ ない ・ ある

他にご病気をお持ちですか？

喘息 ・ アレルギー性鼻炎 ・ 緑内障 ・ 前立腺肥大 ・ てんかん ・ 肝臓病 ・ 腎臓病 ・  
その他 （ ）

ご家族にアレルギーをお持ちの方はいらっしゃいますか？

いいえ ・ はい どなたが（ ）

（ アトピー性皮膚炎 ・ 気管支喘息<sup>ぜんそく</sup> ・ アレルギー性鼻炎 ・ アレルギー性結膜炎 ・  
その他 ）

現在使用しているお薬についてすべて教えてください。(のみぐすり・ぬりぐすり・点眼薬・健康食品など)

今までにアレルギーの検査を受けたことがありますか？その結果はいかがでしたか？

ない ・ ある (ダニ・ハウスダスト・スギ・卵白・牛乳・その他 ( ))

ペットを飼っていますか？ いいえ ・ はい

飼っているものは？ ( )

掃除の方法について、お教えてください。

週に 回

掃除機 モップ ぞうきん ほうき

**赤磐皮膚科形成外科** TEL 086(956)4112

診察時間：9：00～12：00 15：00～18：00 休診：水曜・土曜午後・日曜・祝祭日

これまで、どこに、どのような症状がありましたか？詳しく教えてください。

子どもの頃

学生時代

成人して

これまでに受けた治療内容について、できるだけすべて教えてください。

(かかった病院・のみぐすり・ぬりぐすり・点眼薬・健康食品など)

子どもの頃

学生時代

成人して

日常生活で、気をつけていることを教えてください。

質問は以上です。ありがとうございました。 次回の受診の際にお持ちください。

**赤磐皮膚科形成外科** TEL 086(956)4112

診察時間：9：00～12：00 15：00～18：00 休診：水曜・土曜午後・日曜・祝祭日