

年 月 日

お名前

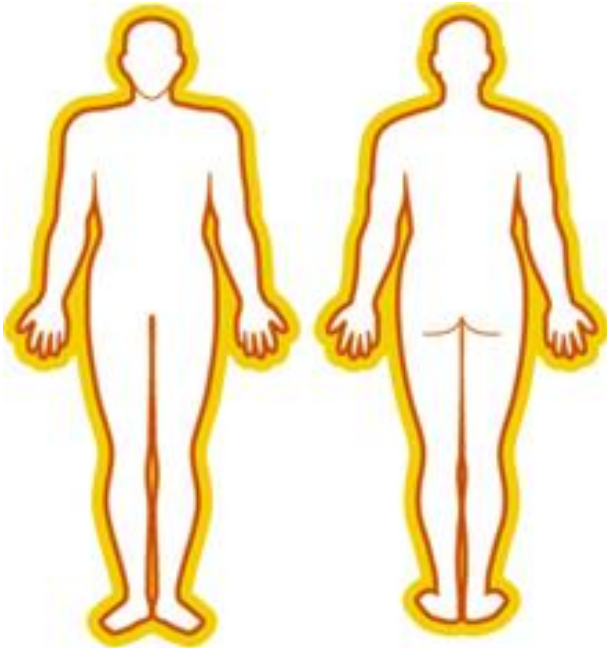
年齢

才

男 ・ 女

アトピー性皮膚炎の症状についてお伺いいたします。(裏面もあります)

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。



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^{ぜんそく} ・ 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)

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

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

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。