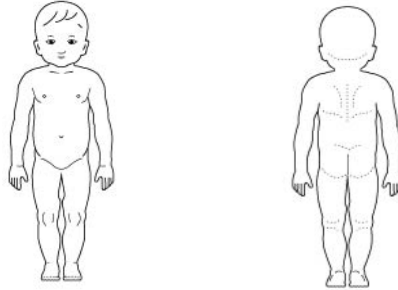


アトピー性皮膚炎・湿疹

- ① 湿疹が出始めたのはいつ頃からですか？ _____ 歳 _____ ケ月頃
- 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 _____ ケ月頃
- ③ かゆみはありますか？ いいえ はい
かゆがる時はどんなときですか？
 1 日中ずっと 服を脱いだとき（お着替えや入浴時） 汗をかいたとき（運動した時など） 寝るとき
 いろいろなとき（怒られたときなど感情・精神的な変動があったとき）
- ④ 湿疹が出ている部分、出やすい部分はどこですか？ 出ている部分を塗ってください。



- ⑤ 内服はしていましたか？ いいえ はい（お薬の名前： _____ を（毎日・かゆい時だけ）使用）
- ⑥ 外用剤について、お聞きします。（混ぜている場合は内容を記入してください）
- ⑥-1 保湿剤・・・塗る回数 1 日 _____ 回
何を使用されておりましたか？ ワセリン ヒルドイド ビーソフテン ウレパール（尿素系）
 その他（お薬の名前： _____）
- ⑥-2 ステロイド・・・塗る回数 1 日 _____ 回
何を使用されておりましたか？ ブレドニン ココイド キンダベート アルメタ リドメックス
 リンデロン ボアラ プロパデルム ネリゾナ マイザー
 アンテベート デルモベート その他（ _____）
- ⑥-3 ステロイド以外・・・塗る回数 1 日 _____ 回
何を使用されておりましたか？ プロトピック 漢方薬
 アンダーム スタデルム フェナゾール コンベック ベシカム
 オイラックス レスタミン その他（ _____）
- ⑦ スキンケアについて、お聞きします
- ⑦-1 毎日お風呂に入りますか？ はい いいえ（ _____ 日に 1 回）
- ⑦-2 石けんを使用しますか？
 いいえ はい（ 全身 顔には使用しない 湿疹部分は使用しない 湿疹部分のみ使用する）
- ⑦-3 何で洗いますか？
 手で洗う ナイロンタオル 綿タオル スポンジ 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 雨の日 台風 天候が荒れるとき
食べ物・・・ 卵 乳製品 小麦 大豆 その他（具体的に： _____）
環境等・・・ 汗 日光 運動 日焼け止めや保湿剤など その他（具体的に _____）
- ⑨ その他、相談したいことなどございましたらご記入ください。

