

# 湿疹・アトピー性皮膚炎 問診票

氏名： (性別) 年齢：

1 湿疹が出始めたのはいつからですか？ \_\_\_\_ 歳 \_\_\_\_ ヶ月

2 医師からアトピー性皮膚炎と言われたことはありますか？

( 初めて言われた年齢： \_\_\_\_ 歳 \_\_\_\_ ヶ月 )

3 悪化したのはいつごろですか？ \_\_\_\_ 歳 \_\_\_\_ ヶ月

4 皮膚炎があり、生活で困りますか？

困らない

困っている：  朝起きられない  学校や幼稚園に遅刻する  食欲低下

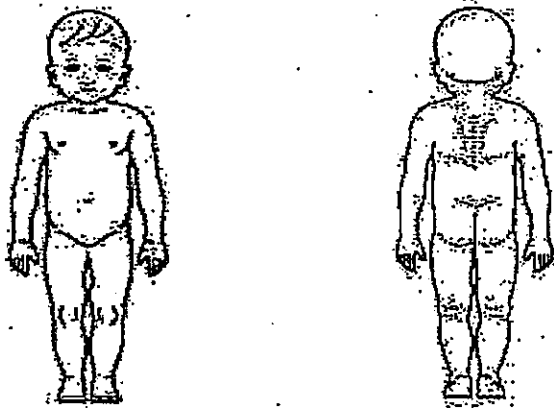
勉強に集中できない  その他 \_\_\_\_\_

5 かゆみはありますか？

ない

ある (  いつも  時々  夜眠れない )

6 皮膚の症状のあるところに○をつけてください



7 今までの治療について教えてください

内服： \_\_\_\_\_

外用剤

ステロイド剤

：

プロトピック

漢方

保湿剤

(  ワセリン

ヒルドイドクリーム・ローション

尿素軟膏

)

その他

：

\_\_\_\_\_

民間療法

：

\_\_\_\_\_

8 生活習慣

① 入浴・シャワー  毎日  1日おき  週に2~3回  あまり入らない

② 体を洗う時は何を使っていますか？  石けん  ボディソープ

③ 何で洗っていますか？  手  スポンジ  布タオル  ナイロンタオル

④ 悪化させる要因はありますか？

季節 ( いつ： )  気象 ( いつ： )  食物

風邪のとき  タバコ  運動  汗  感情・精神的なもの  化粧品

その他

：

\_\_\_\_\_