

情報提供者: _____ (続柄: _____) 記載日 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

ふりがな

氏名: _____ 生年月日 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 歳 _____ カ月 男・女

1. 今回、相談したい内容はどんなことでしょうか？（例：お薬の塗り方について聞きたい）

2. アトピー性皮膚炎のかゆみを伴った発疹はいつ頃からありますか？（思い出せる範囲で大丈夫です）

（ _____ ）歳頃 ※時期が不明の方→1歳以下の時期に、乳児湿疹はひどかったですか？ いいえ はい

3. アトピー性皮膚炎と医師から診断されたことがありますか？

いいえ はい

4. 現在、アトピー性皮膚炎のかゆみを伴った発疹が出やすい（出ている）部位はどこですか？（複数回答可）

顔 頭皮 首 わきの下 お腹 背中 股 手 足 肘 肘の内側 膝 膝のうら

5. アトピー性皮膚炎のかゆみを伴った発疹が悪化する原因は何がありますか？（複数回答可）

季節・・・春 夏 秋 冬 季節の変わり目

環境・・・乾燥 汗 体調の悪化 食べ物（ _____ ） その他（ _____ ）

6. お薬の塗り薬についてお聞きします。

①保湿薬についてお聞きします

保湿薬の種類	塗る回数と塗るタイミング	塗る場所
例.ヒルドイド軟膏	1日1回。入浴後	体全体

※保湿剤の種類：ワセリン、ヒルドイド（軟膏・クリーム・ローション・スプレー）、ビーソフテン、ウレパール

②ステロイド軟膏についてお聞きします

保湿薬の種類	塗る回数と塗るタイミング	塗る場所
例.リンデロンV軟膏	発疹が出た時	発疹が出ている部位

※軟膏の種類：ロコイド・アルメタ・キンダベート、リンデロン・メサデルム、マイザー・ネリゾナ など

7. お風呂についてお聞きします

毎日お風呂に入りますか？ いいえ はい→1日（ _____ 回。タイミング：朝・昼・夜）

石鹸は何を使用していますか？（ _____ ）