

# アトピー性皮膚炎 問診票

年 月 日

ふりがな  
ご氏名

1. いつから ( )
2. 既往歴 (いつごろ)  
気管支喘息 ( ) ・ アレルギー性鼻炎 ( ) ・ 花粉症 ( )
3. 家族でアトピー性皮膚炎の方 ( )
4. 直近6か月間の治療歴(使用薬剤わかる方) 最終受診日( 年 月 日 )  
ステロイド外用 (頭: )  
(顔: )  
(体: )  
保湿剤 ( )  
内服 ( )
5. 紫外線療法の治療歴 ( あり → いつごろ )  
( なし → 興味 あり・なし )
6. デュピクセント注射の治療歴 ( あり → いつごろ )  
( なし → 興味 あり・なし )
7. 大学病院などに教育入院歴 ( あり ・ なし )
8. 脱ステロイドをしていた期間はありますか。  
いつごろ ( ) ・ 期間 ( )  
理由 ( )
9. 今一番ひどいところ、気になるところ、困っていることなど  
( )

ご記入ありがとうございました。初診時間診票と一緒に受付にご提出ください。

アトピー性皮膚炎の治療のゴールは良い状態を長くキープすることです。  
一緒に治療のゴールを目指しましょう♪