

# 【 アレルギー外来問診票(アトピー性皮膚炎) 】

この問診票は、これまでの病気の状況を正確に知るため、診察前に確認をさせていただくものです。  
受診される患者さま自身について記入してください。

お名前： \_\_\_\_\_

## <現在の皮膚症状について>

現在の皮膚状態について、あてはまる数値に○をつけてください。

1. **最近3日間**のかゆみの程度はどのくらいですか？



0

全くかゆくない



1

ほとんどかゆくない



2

少しかゆい



3

かゆい



4

とてもかゆい



5

かゆくてたまらない

2. **最近3日間**の睡眠障害の程度はどのくらいですか？



0

眠れる



1

かゆがるが眠れる



2



3



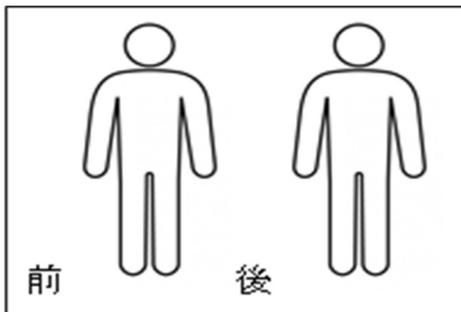
4

かゆくて眠れない



5

3. 肌が荒れている場所（乾燥肌も含む）に斜線や色を塗ってください。



## <湿疹の原因・悪化時期について>

4. 湿疹を悪化させる原因と感じるものをすべて選んでください。

ダニ・ホコリ      カビ      乾燥      汗      よだれ

花粉      →      スギ      ブタクサ      その他の花粉(      )

ペット      →      イヌ      ネコ      その他のペット(      )

風邪・体調不良      疲れ・睡眠不足      ストレス      運動

食物      (具体的に:      )

その他(具体的に:      )

特に思い当たるものはない

5. 湿疹が悪化しやすい時期はありますか。

ない      ある      →      それはいつですか。あてはまるものすべてに☑を入れてください。

1月   2月   3月   4月   5月   6月   7月   8月   9月   10月   11月   12月



20. ステロイド外用薬に対して、どのようなイメージをお持ちですか？

21. ステロイド外用薬の副作用で、知っているものがあればお書きください。

22. ステロイド外用薬を使用することについて、どのように考えていますか？

絶対使わない    できるだけ使いたくない    特にこだわらない    よくわからない

**<これまでの経過について>**

23. アトピー性皮膚炎に対して受けてこられた治療と、その治療に対する思いについてお書きください。

例のように、具体的な記載をお願いいたします。(皮膚の状態、かゆみや睡眠障害の程度など)

月齢／年齢	医療機関名	その頃の症状	受けた治療	治療に対する思い
(例) 6か月頃	〇〇病院	頬にジクジクした 湿疹があった。	塗り薬(内容不明)をひどいところ に塗る。卵と牛乳を除去。	薬を塗ることが不安で勝手にやめ てしまった。

**<その他の治療や対応について>**

24. これまでに医療機関からの治療や指導以外で、アトピー性皮膚炎に対して行ってきたことや注意してきたことがあれば、お書きください。(例:早寝早起き、超酸性水、ホメオパシーなど)

質問は以上です。ありがとうございました。記載後は看護師にお渡し下さい。