

肌あれ・アトピー性皮膚炎問診表

当院受診のきっかけ ()
当院アトピー外来を知っていましたか はい・いいえ
知人からの紹介・広告 (ホームページ、看板、電話帳)
現病歴

現在あるいは最近の治療 (民間療法含む) 有・無

病院・施設名:

飲み薬:

塗り薬:

アトピー性皮膚炎での入院歴 有・無

いつ頃・病院施設名:

今までに施行した検査 有・無

結果:

今までかかった病気

常用薬 (アトピー性皮膚炎の治療以外) 有・無

薬剤名:

家族歴:

職業:

転居 有・無

ステロイドに対する抵抗感 有・無

* 下記から理由を選んでください (複数可)

- 1) 副作用が怖い薬
- 2) アトピーを外から抑えるだけで治せない
- 3) 使っているうちに徐々に効かなくなり、更に強いものが必要になる
- 4) 中止するとリバウンド現象が起こる
- 5) 副腎の機能が抑えられてしまう
- 6) 全身性に副腎皮質ホルモンの副作用がおこる
- 7) アトピー性皮膚炎の大部分はステロイド皮膚症である
- 8) 自然治癒力を抑えてかえって治らなくなる
- 9) その他 ()

民間療法 有・無

購入先・施設名:

種類・内容:

例: クロレラ、超酸性水などのイオン水、ルイボス茶、ローヤルゼリー、ドクダミ、アロエ、シジュウム茶、SOD、乳酸菌産生物質、青汁、プロポリス、万田酵素、馬油、ツバキ油、ソフトレーザー、高圧電気椅子療法、エステ、塩もみ、気功、遠赤外線、アガリクス茸

温泉・入浴療法 有・無 ()

漢方療法 有・無 ()

食餌療法 有・無 いつ頃:

特別なものを食べている:

特別なものを制限している:

住 居 自宅・下宿 (いずれかに○)

部屋 (寝室) (いずれかに○)

じゅうたん・畳・フローリング

掃除 日おき

入 浴 毎日・ 日おき

ナイロンタオル使用 有・無

入浴時 (いずれかに○)

石鹸を使用・ボディソープを使用

メーカー名 ()

化 粧 する・しない ()

ペット いる・いない ()

スポーツ する・しない ()