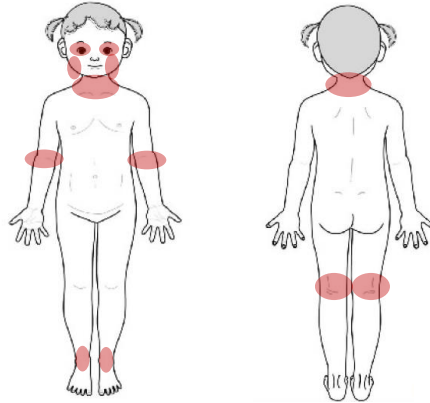


小児アレルギー外来 予診票 (湿疹)

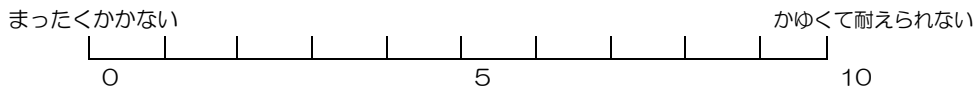
☑または■を記入し、空欄をうめてください

1. 湿疹・乾燥肌・皮膚のかゆみ が始まったのはいつ頃ですか ☑をつけてください。
 生後 1 か月以内 生後 2~3 か月 生後 4~5 か月
 生後 6~12 か月 1 才頃 2 才以降
2. 最近 1 年以内に 皮膚を掻いている様子や、かき傷をみつけることができましたか。 ある ない
3. 最近 1 年以内に 全身の皮膚が乾燥している様子がありましたか。 ある ない
4. これまで、下のヒトの絵で印をつけた部位が かゆくなったことがありますか。 ある ない

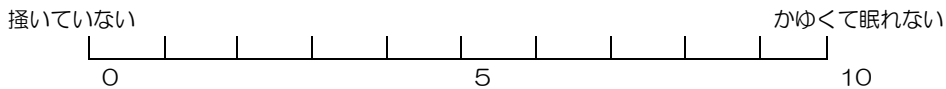


診察時に確認
UK-WP 基準
EASI-score

5. 皮膚科や小児科で「アトピー性皮膚炎でしょう」といわれたことがありますか。 ある ない
6. かゆみの程度 この3日間の平均の点数に印をつけてください



7. 眠る時の様子 この3日間の平均の点数に印をつけてください



8. ステロイド外用薬に対する気持ちで、近いのはどれですか。
 あまり不安はない 少し不安 不安で使いたくない 絶対使いたくない

9. 顔や体を洗うとき、石けん（泡がたつ皮膚用の洗浄剤）を使っていますか
 使わない 顔を除いて 顔を含めて全身 部分的⇒使用部位 _____

10. 乳児期に保湿剤を使う（顔・からだ全体にほぼ毎日、しっとりするように塗る）習慣がありましたか。
 なし あり ⇒時期ごとに⊕⊖をつけ、主に使用した保湿剤を書いてください

	出生 1 週間以内	1 か月健診頃	3-4 ヶ月健診頃
使用=⊕ 不使用=⊖			
主に使った保湿剤*			

* ワセリン・プロペト、ヘパリン類似クリーム・乳液・ローション、市販ベビーオイル、商品名など自由記載

11. 最近 1 か月以内に塗っている薬・保湿剤(市販品含め)があれば 表に記入してお答えください。

部位	塗布しているもの	使用頻度	効果の印象
例) 顔の発赤	ロコイド軟膏	1日3回、月10日くらい	効くけれどやめると悪化する