医療法人社団 丹伎会　丹羽クリニック
電話０３－３３６８－７５８７

【 アトピー性皮膚炎　問診票 】

記入日　H　　年　　月　　日

氏名：　　生年月日：　　年　　月　　日

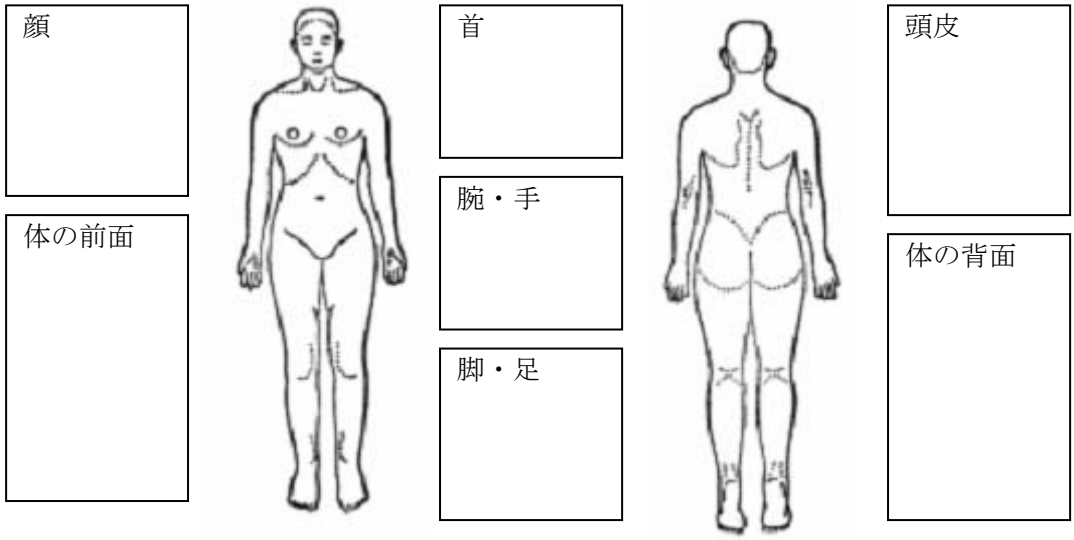
１．いつからアトピーの症状が出ましたか？

２．現在の症状は？

３．どのように治したいですか？

４．現在どのようなスキンケアをしていますか？（石鹸・シャンプー・化粧水など）

＊　これまでの治療についてお聞きします。
ステロイド・免疫抑制剤（ノロトピック）・その他保湿剤を、どこに、いつ頃、どのくらい使用しましたか？
（覚えている範囲で結構です）



ステロイドを服用したことはありますか？　　はい　・　いいえ

ステロイドの注射または点滴を受けたことはありますか？　　はい　・　いいえ

食事療法をしたことはありますか？　　はい　・　いいえ

その他にどのような治療をしましたか？　　漢方薬　・ サプリメント　・ その他民間療法