

アトピー性皮膚炎・食物アレルギーが心配な方 ふたばこどもクリニック

平成　年　月　日

お名前 _____

年齢　歳　ヶ月

1. いつ頃から湿疹ができましたか？ 生後 _____ ヶ月
2. その部位はどこですか？ 頭、顔、体、腕、足、その他（ _____ ）
3. 栄養方法についていかがいます
- ・ 母乳を与えていましたか？ はい（ _____ ヶ月～ _____ ヶ月） いいえ
 - ・ 人工乳を与えていましたか？ はい（ _____ ヶ月～ _____ ヶ月） いいえ
 - ・ 人工乳の種類はなんですか？
 - ・ 普通の粉ミルク
 - ・ アレルギー児用ミルク
 - 1) 予防（E-赤ちゃん）
 - 2) 治療　加水分解乳（ニューMA-1、ペプデイエット、ミルフィーHP、MA-mi）
アミノ酸乳（エレメンタルフォーミュラ）
 - ・ 大豆乳（ボンラクト・ソヤマミール）
4. これまで食物の除去を行ったことがありますか？ はい いいえ
5. 4で「はい」と答えた方は例を参考にお答えください。誰の判断、理由、現在の状況については選択肢から選び表の中に番号を記入してください（複数回答可）。
- 「いいえ」の方は6へ進んでください。
- ・ 誰の判断ですか 1.小児科医 2.皮膚科医 3.両親 4.助産師 5.その他（ _____ ）
 - ・ 理由：
 - 1.食べて症状がでた（食物負荷テストも含む）
 - 2.除去して症状が改善した（食物除去テストも含む）
 - 3.検査結果陽性（特異的IgE抗体陽性、皮膚テストなど）
 - ・ 現在の状況：
 - 1.除去継続中
 - 2.除去していない

食品除去品目	開始時期（年齢）	誰の判断	理由	現在の状況
（例）卵	4ヶ月	1	1, 2	2

6. 入浴は1日何回ですか？ （ _____ 回）
7. 入浴の際、洗うのに石鹸を使用していますか？
- 顔面： はい いいえ 体： はい いいえ
8. これまで湿疹に関して医療機関を受診したことはありますか？
- はい（小児科・皮膚科・その他 _____ ） いいえ
9. これまでに処方されたお薬について教えてください（軟膏、内服）
- 軟膏： なし あり（ _____ ）
- 内服： なし あり（ _____ ）

