

【アレルギー性】皮膚健康被害事例 調査票

記入日 年 月 日

<複数の製品登録がある場合の二枚目以降について>

①、②は省略可。(ただし、施設内症例識別No.と枚数は記入してください。)

④については、変更がある箇所のみご記入ください。

① 記入者情報	
施設名	
担当医または記入者	メールアドレス

※ ○は単数選択、□は複数選択可

② 患者基本情報	
施設内症例識別No.【必須】 ※ カルテIDは記入しないでください。(例: 藤田 1)	(枚目)
年齢【必須】 歳	性別【必須】 <input type="radio"/> 女性 <input type="radio"/> 男性
住所【必須】	都・道・府・県

③ 原因製品の情報 ※商品名等について、商品の箱に記載されている部分の写真提出でも可	
原因製品複数登録【必須】	<input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし ※ 同一患者で複数製品登録がある場合は“あり”にチェックし、二枚目以降に製品をご記入ください。 (登録総数 個)
製品の分類名 ※ 化粧水、乳液、シャンプー、食器用洗剤、外用薬など	
商品名【必須】 ※ できるだけ正確に	(ロット番号:)
販売会社【必須】 ※ できるだけ正確に	
成分提供の協力の有無	<input type="radio"/> 問い合わせしていない <input type="radio"/> 問い合わせ予定 <input type="radio"/> 問い合わせ中 <input type="radio"/> 成分提供あり <input type="radio"/> 成分提供拒否
成分テストの結果	<input type="radio"/> 全て陰性 <input type="radio"/> 陽性成分あり→ [具体的に]
関連性が疑われる他の陽性アレルゲン	
職業との関連性	<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり→職業 ()

④ 原因製品に関する症例情報	
主となる診断【必須】	<input type="radio"/> アレルギー性接触皮膚炎 <input type="radio"/> 光アレルギー性接触皮膚炎 <input type="radio"/> アレルギー性接触蕁麻疹 <input type="radio"/> protein contact dermatitis <input type="radio"/> 経口摂取による即時型アレルギー <input type="radio"/> その他 ()
皮疹部位【必須】	
既往歴/合併症 ※複数選択可	<input type="checkbox"/> アレルギー性接触皮膚炎 <input type="checkbox"/> 光アレルギー性接触皮膚炎 <input type="checkbox"/> アレルギー性接触蕁麻疹 <input type="checkbox"/> protein contact dermatitis <input type="checkbox"/> 経口摂取による即時型アレルギー <input type="checkbox"/> 刺激性接触皮膚炎 <input type="checkbox"/> 白斑・脱色素斑 <input type="checkbox"/> 化学熱傷 <input type="checkbox"/> その他の熱傷 <input type="checkbox"/> 光毒性接触皮膚炎 <input type="checkbox"/> 非アレルギー性接触蕁麻疹 <input type="checkbox"/> 色素沈着症 <input type="checkbox"/> 脱毛症 <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> アレルギー性鼻炎 <input type="checkbox"/> アレルギー性結膜炎 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> その他 ()
貴院への受診日 (症例登録のきっかけとなった日)	年 月 日
最初の受診日 (他施設を含め最初にこの症状で医療機関を受診した日)	<input type="radio"/> 上記と同じ <input type="radio"/> 前医初診日 年 月 日
治療期間【必須】 ※ 前医からの治療期間を含む	<input type="radio"/> 30日未満 <input type="radio"/> 30日以上
入院【必須】 ※ 検査入院を除く	<input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし
転帰【必須】	<input type="radio"/> 治癒 <input type="radio"/> 治療中 <input type="radio"/> 死亡 <input type="radio"/> その他 ()
施行皮膚テスト【必須】	<input type="radio"/> パッチテスト <input type="radio"/> プリックテスト <input type="radio"/> その他 ()
皮膚テスト施行日【必須】	年 月 日

備考 (症例に関するコメント、その他お気づきの点がございましたらご自由にご記入ください。)