

# 【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>

①②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

② 患者基本情報	
施設内症例識別No.【必須】	( 枚目)
※カルテIDは記入しないでください。(例: 藤田 1)	
年齢【必須】 歳	性別【必須】 <input type="radio"/> 男性 <input type="radio"/> 女性 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	<input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし (登録総数 個) ※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、本用紙をコピーしてご記入ください。
製品名【必須】	(ロット番号 )
製品の分類名 ※化粧水、乳液、外用薬等	
製造販売元【必須】	
発売元	
皮疹部位【必須】	
成分提供への協力の有無【必須】	<input type="radio"/> 問い合わせしていない <input type="radio"/> SSCI-Net 仲介希望 <input type="radio"/> 問合せ中 <input type="radio"/> 成分提供あり <input type="radio"/> 成分提供あり未実施 <input type="radio"/> 成分提供不可
成分テストの結果	<input type="radio"/> 全て陰性 <input type="radio"/> 陽性成分あり → 別紙にご記入下さい。
関連性が疑われる貼付アレルギー	<input type="radio"/> 関連あり → 別紙にご記入下さい。 ※アレルギーシリーズを製品と一緒に貼付した場合、関連ありをチェックして下さい
職業との関連性【必須】	<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり (職業 )

原因製品に関する症例情報	
主となる診断【必須】 ※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"/> その他( )
既往歴／合併症【必須】 ※複数選択可	<input type="checkbox"/> 該当なし <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"/> 非アレルギー性接触蕁麻疹 <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"/> アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> 脱毛症 <input type="checkbox"/> 色素沈着症 <input type="checkbox"/> アレルギー性結膜炎 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> アレルギー性鼻炎 <input type="checkbox"/> その他( )
貴院への受診日【必須】 この製品による皮膚障害の為に最初に貴院へ受診した日を入力してください。	年 月 日
最初の受診日【必須】 (前医を含む)。	<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】 登録製品が原因の皮膚障害のために最初に医療機関を受診してから治癒するまでの期間(検査期間は除いて下さい)	<input type="radio"/> 30日未満 <input type="radio"/> 30日以上
入院【必須】	<input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし
転帰【必須】	<input type="radio"/> 治癒 <input type="radio"/> 治癒中 <input type="radio"/> 死亡 <input type="radio"/> その他( )
製品皮膚テスト【必須】 ※複数選択可	<input type="checkbox"/> パッチテスト <input type="checkbox"/> オープンテスト <input type="checkbox"/> セミオープン <input type="checkbox"/> ROAT <input type="checkbox"/> 光パッチテスト <input type="checkbox"/> スクラッチパッチテスト <input type="checkbox"/> プリックテスト <input type="checkbox"/> スクラッチテスト <input type="checkbox"/> その他( )
皮膚テスト施工日	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。)