

【アレルギー性】皮膚健康被害事例 調査票

記入日 2015 年 12 月 1 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	藤田保健衛生大学 皮膚科
担当医または記入者	藤田 一郎
メールアドレス	〇〇〇@fujita-hu.ac.jp

※ ○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】	藤田 5 (1 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】	42 歳
性別【必須】	<input checked="" type="radio"/> 女性 <input type="radio"/> 男性
住所【必須】	愛知 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 checked="" 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 2 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】	パール美白クリーム (ロット番号: FC0001)
販売会社【必須】	※ できるだけ正確に 藤田化粧品株式会社
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 checked="" 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 checked="" type="radio"/> 陽性成分あり → [具体的にメチルイソチアゾリノン(2%pet.)]
関連性が疑われる他の陽性アレルゲン	イソチアゾリノンミックス, 香料ミックス (パッチテストパネル(S))
職業との関連性	<input checked="" 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 checked="" 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】	顔面
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 checked="" type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 <input checked="" 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) 2015 年 10 月 13 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 checked="" 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 checked="" type="radio"/> 30日以上
入院【必須】	※ 検査入院を除く <input type="radio"/> あり <input checked="" 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 checked="" type="radio"/> その他 (不明, 来院せず)
施行皮膚テスト【必須】	<input checked="" 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】	2015 年 10 月 20 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。)

【アレルギー性】皮膚健康被害事例 調査票

記入日 2015 年 12 月 1 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) <u>藤田 5</u> (<u>2</u> 枚目)
年齢【必須】	性別【必須】 ○ 女性 ○ 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 checked="" 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。
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	口紅
商品名【必須】	※ できるだけ正確に	パープルクリアルージュ (ロット番号: FC 0102)
販売会社【必須】	※ できるだけ正確に	藤田化粧品株式会社
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 checked="" 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 checked="" type="radio"/> 陽性成分あり→	具体的に カルミン
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 checked="" 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 checked="" 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	<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
※複数選択可	<input checked="" 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	年 月 日
(症例登録のきっかけとなった日)	
最初の受診日	○ 上記と同じ ○ 前医初診日 年 月 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)	
治療期間【必須】	※ 前医からの治療期間を含む <input checked="" type="radio"/> 30日未満 ○ 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 checked="" type="radio"/> 治癒 ○ 治療中 ○ 死亡 ○ その他()
施行皮膚テスト【必須】	<input type="radio"/> パッチテスト <input checked="" type="radio"/> プリックテスト ○ その他()
皮膚テスト施行日【必須】	2015 年 10 月 27 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。)

カンパリソーダ、イェゴ牛乳を飲んで全身性の蕁麻疹が出現。重篤例と考える。