

# 【アレルギー性】皮膚健康被害事例 調査票 成分

記入日 年 月 日

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

成分テストの結果	
皮膚テスト施工日	年 月 日
施行皮膚テスト	<input type="checkbox"/> パッチテスト <input type="checkbox"/> プリックテスト <input type="checkbox"/> その他( )
成分 1	成分名 濃度(1%) 基剤
成分 2	成分名 濃度(1%) 基剤
成分 3	成分名 濃度(1%) 基剤
成分 4	成分名 濃度(1%) 基剤
成分 5	成分名 濃度(1%) 基剤
備考	

関連性が疑われる貼付アレルギー	
施行皮膚テスト	<input type="checkbox"/> Japanese baseline series <input type="checkbox"/> 化粧品シリーズ <input type="checkbox"/> その他( )
	<input type="radio"/> 陽性成分あり <input type="radio"/> 全て陰性
成分 1	成分名 濃度(1%) 基剤
成分 2	成分名 濃度(1%) 基剤
成分 3	成分名 濃度(1%) 基剤
成分 4	成分名 濃度(1%) 基剤
成分 5	成分名 濃度(1%) 基剤
備考	