

## 【非アレルギー性】皮膚健康被害事例 調査票

記入日 年 月 日

&lt;複数の製品登録がある場合の二枚目以降について&gt;

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	
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"/> 刺激性接触皮膚炎 <input type="radio"/> 白斑・脱色素斑 <input type="radio"/> 光毒性接触皮膚炎 <input type="radio"/> 化学熱傷 <input type="radio"/> その他の熱傷 <input type="radio"/> 非アレルギー性接触蕁麻疹 <input type="radio"/> 色素沈着症 <input type="radio"/> 脱毛症 <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	<input type="radio"/> 施行せず <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	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。)