

【非アレルギー性】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 花子	メールアドレス	△△△@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 19 (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】	27 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 type="radio"/> あり <input checked="" 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		
販売会社【必須】	※ できるだけ正確に		
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"/> 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】	頭部, 顔面, 頸部		
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 <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 checked="" 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 8 月 29 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 checked="" type="radio"/> 前医初診日 2015年 8月 16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 <input 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 checked="" 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 checked="" 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。)

1%水溶液で48時間判定した結果、境界明瞭な紅斑と浮腫で1週間後に消退した。連続塗布(使用)試験(ROAT)陰性であった。