

患者氏名			ID		
性別	男	女	生年月日(年齢)	年	月 日 ( 歳)
診断名	<input type="checkbox"/> 掌蹠膿疱症 <input type="checkbox"/> 異汗性湿疹 <input type="checkbox"/> 扁平苔癬 <input type="checkbox"/> 尋常性乾癬 <input type="checkbox"/> 膿疱性乾癬 <input type="checkbox"/> 口唇炎 <input type="checkbox"/> 他 ( )				
発症時期	年	月	喫煙歴	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有→ 本/日× 年	
皮膚・関節症状 (部位を図示しながら自覚症状も記入)			皮膚科治療内容・方針		
			内服薬  外用薬  他  <input type="checkbox"/> 禁煙指導 <input type="checkbox"/> 食事指導		
口腔内所見	治療痕 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり → 粘膜疹 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり →		金属 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 所見：		
かかりつけ歯科	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり → ( 医院名 )				
現在通院中の 病院・診療科					
感染症	<input type="checkbox"/> 未検査 <input type="checkbox"/> 検査済 → 年 月 日: HCVAb ( ), HBsAg ( ), HIVAb ( ), 梅毒反応 ( )				
合併症・既往歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 脳梗塞 <input type="checkbox"/> 心筋梗塞 <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症 <input type="checkbox"/> 膠原病 (病名: ) <input type="checkbox"/> 他 ( )				
使用中の薬剤 (処方内容)	<input type="checkbox"/> 抗凝固薬 ( ) <input type="checkbox"/> 抗生剤 ( ) <input type="checkbox"/> 鎮痛剤 ( ) <input type="checkbox"/> ステロイド ( ) <input type="checkbox"/> 他 ( )				
薬剤アレルギー	<input type="checkbox"/> 局所麻酔 (薬剤名: 症状: ) <input type="checkbox"/> 抗生剤 (薬剤名: 症状: ) <input type="checkbox"/> 鎮痛剤 (薬剤名: 症状: ) <input type="checkbox"/> 他 (薬剤名: 症状: )				
パッチテスト結果	貼布日 年 月 日 判定 <input type="checkbox"/> 48hrs <input type="checkbox"/> 72hrs <input type="checkbox"/> 96hrs <input type="checkbox"/> D7  3+ Co Ni Cr Hg Au Zn Mn Ag Pd Pt Sn Cu Fe Al In Iri Ti 2+ Co Ni Cr Hg Au Zn Mn Ag Pd Pt Sn Cu Fe Al In Iri Ti 1+ Co Ni Cr Hg Au Zn Mn Ag Pd Pt Sn Cu Fe Al In Iri Ti ?+ Co Ni Cr Hg Au Zn Mn Ag Pd Pt Sn Cu Fe Al In Iri Ti IR Co Ni Cr Hg Au Zn Mn Ag Pd Pt Sn Cu Fe Al In Iri Ti 陰性 Co Ni Cr Hg Au Zn Mn Ag Pd Pt Sn Cu Fe Al In Iri Ti  * 貼布していない金属は斜線 (/) で消す。 * 判定は ICDRG 基準に従う。				
解釈・コメント					
扁桃病巣	扁桃誘発試験 <input type="checkbox"/> 予定無 <input type="checkbox"/> 検討中 <input type="checkbox"/> 施行予定 (予定日 年 月) <input type="checkbox"/> 施行済 (施行日 年 月 日) → 結果 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性 ----- 扁桃摘出術 <input type="checkbox"/> 予定無 <input type="checkbox"/> 検討中 <input type="checkbox"/> 施行予定 (予定日 年 月) <input type="checkbox"/> 施行済 (施行日 年 月 日)				