

ロドデノールを含有しない化粧品使用による脱色素症例調査票

施設名： _____

施設住所：〒 _____ Tel： _____

記入日：20 ____ 年 ____ 月 ____ 日 記入者： _____

□患者背景：

患者 ID： _____ 年齢：満 ____ 歳 性別 女性 男性

□白斑出現時に使用していた美白化粧品（被疑化粧品）

製造会社名	商品名（できるだけ正確に（Ⅰ、Ⅱなども書く））	使用年数	使用本数
		年 ____ ヶ月	本
		年 ____ ヶ月	本
		年 ____ ヶ月	本

□臨床症状

- 1) 発症年月：20 ____ 年 ____ 月（満 ____ 歳）（患者申告）
- 2) 色素脱失の部位と面積
顔面→なし、1-25%程度、25-50%程度、50%以上
頸部→なし、1-25%程度、25-50%程度、50%以上
手背→なし、1-25%程度、25-50%程度、50%以上
前腕→なし、1-25%程度、25-50%程度、50%以上
その他の部位（ _____ ）→0-25%程度、25-50%程度、50%以上
- 3) 製品を使用していた部位：顔面 頸部 手背 前腕 上腕 その他（ _____ ）
- 4) 製品を使用していない部位の色素脱失： なし あり（部位 _____ ）
- 5) 色素脱失出現前の紅斑、癢痒、鱗屑などの炎症症状：なし あり
- 6) 色素沈着の有無 : なし あり
- 7) 尋常性白斑の鑑別 : 明らかに尋常性白斑と異なる 鑑別できない その他（ _____ ）

□臨床写真：なし あり

□検査：皮膚生検の有無 : なし あり 予定あり（予定時期 ____ 月 ____ 日）

パッチテストの有無： なし あり 予定あり（予定時期 ____ 月 ____ 日）

甲状腺機能・抗体（血液検査）：なし あり→異常なし 異常あり（ _____ ）

□既往歴（既往にあるものに○）

- ・尋常性白斑
- ・甲状腺疾患（病名； _____ ）、・蕁麻疹、
- ・花粉症（ ____ 月頃）
- ・アトピー性皮膚炎
- ・喘息
- ・接触皮膚炎（原因物質： _____ ）

□治療：なし（＝経過観察のみ） あり（治療内容； _____ ）