

年度 薬疹調査票

医療機関名:

21年度より、薬疹の病型を追加しました。

- | | | | | | | |
|--|---------------------|--------------|----------------------|----------|---------|--------------------|
| 1. 多形紅斑型 | 2. 麻疹型(播種状紅斑丘疹型を含む) | 3. 水疱型 | 4. 蕁麻疹型 | 5. 扁平苔癬型 | 6. 湿疹型 | 7. 固定薬疹型 |
| 8. 光線過敏症型 | 9. 痒疹型 | 10. 皮膚粘膜症候群型 | 11. TEN型 | 12. 紅皮症型 | 13. 紫斑型 | 14. 薬剤性過敏症候群(DIHS) |
| 15. 膿疱型(acute generalized exanthematous pustulosisを含む) | | | 16. その他(乾癬型、色素沈着型など) | | | |

診断基準に変更はありません。

- A: definite 誘発テスト、再投与により再現性が確認されたもの B: probable 貼付試験、皮内反応などのテストでアレルギーの確認できたもの
C: possible 投与中止により治癒したもの D: suspected 文献、状況証拠により推定されたもの

Adobe Readerで記入したものを印刷して、Faxで送付してください。

メール宛先: cadgm805@hcn.zaq.ne.jp

Fax: 072-624-4112

567-0032 茨木市西駅前町13-21

日付	症例イニシャル カルテ番号	性	年齢	薬剤名	病型	診断 基準	原疾患	発病までの 期間	備考 薬価基準薬効分類番号
4/10	Y.T. ----- 12345	男	54	ユベラン	番号 1	ABCD A	凍瘡	3日	この例のように以下の表に記入して下さい。EXCELで直接記入できます 書いてくださると助かります→ 2190
					番号	ABCD			
					番号	ABCD			
					番号	ABCD			
					番号	ABCD			
					番号	ABCD			