

## 主治医意見書

下記の患者は、当院でおこなった検査により、職業に関連すると考えられる皮膚症状があると考えられます。治療の状況や今後の就業継続の可否等について下記に記載しておりますので、ご参考いただけますようお願い申し上げます。

患者氏名		生年月日	
住所		職種	

病名	<input type="checkbox"/> 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"/> 光アレルギー性接触皮膚炎 <input type="checkbox"/> 経口摂取による即時型アレルギー <input type="checkbox"/> 一次刺激性皮膚炎 <input type="checkbox"/> 白斑・脱色素斑 <input type="checkbox"/> 色素沈着症 <input type="checkbox"/> 化学熱傷 <input type="checkbox"/> 脱毛症 <input type="checkbox"/> 既往としてのアレルギー性皮膚炎の増悪 <input type="checkbox"/> その他( )				
初診日	年 月 日	通院頻度	1ヶ月に( )回	入院	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
転帰	<input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 治療中(軽快) <input type="checkbox"/> 治療中(維持) <input type="checkbox"/> 治療中(悪化) <input type="checkbox"/> その他( )				
現在の症状	症状の範囲： <input type="checkbox"/> 顔 <input type="checkbox"/> 頭 <input type="checkbox"/> 胸・腹 <input type="checkbox"/> 背・腰 <input type="checkbox"/> 手・指 <input type="checkbox"/> 足 <input type="checkbox"/> 粘膜 <input type="checkbox"/> その他 重症度； <input type="checkbox"/> 軽症 <input type="checkbox"/> 中等症 <input type="checkbox"/> 重症				
現在の治療	<input type="checkbox"/> 保湿剤 <input type="checkbox"/> ステロイド外用 <input type="checkbox"/> ステロイド内服 <input type="checkbox"/> 抗ヒスタミン剤 <input type="checkbox"/> 光線療法 <input type="checkbox"/> 免疫抑制剤 <input type="checkbox"/> その他( )				
皮膚テスト	<input type="checkbox"/> 施行せず <input type="checkbox"/> パッチテスト <input type="checkbox"/> プリックテスト <input type="checkbox"/> その他( )				
検査日	年 月 日	陽性物質			
職業関連である根拠	<input type="checkbox"/> 職場で用いる製品に検査で陽性を示し、症状が矛盾ないため <input type="checkbox"/> 皮膚刺激性の高い物質であり刺激性皮膚炎として矛盾ないため <input type="checkbox"/> これまでに同様の皮膚障害の報告があるため <input type="checkbox"/> その他( )				
主治医の勧める措置	<input type="checkbox"/> 保護具(手袋など)着用 <input type="checkbox"/> 作業時間の短縮 <input type="checkbox"/> 原因物質の完全回避 <input type="checkbox"/> 代替可能な製品の使用 <input type="checkbox"/> 症状改善のための休業 <input type="checkbox"/> 配置転換				
その他意見					

年 月 日

(医療機関名)

(所在地)

(連絡先)

(診療科)

科

(主治医署名)

印