

# 【疾患】★ケロイド

(注意) □:複数選択 ○:単一選択

CLN15

入力機会

既往歴および合併症	<input type="checkbox"/> ケロイド、肥厚性瘢痕 <input type="checkbox"/> アレルギー疾患(アトピー性皮膚炎, 喘息など) <input type="checkbox"/> 自己免疫疾患(リウマチ, SLEなど) <input type="checkbox"/> その他 ( )	経年 <small>過去～現在まで累積</small>								
部位	<input type="checkbox"/> 下顎 <input type="checkbox"/> 耳垂 <input type="checkbox"/> 耳垂以外の耳介 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 背部 <input type="checkbox"/> 肩 <input type="checkbox"/> 上腕 <input type="checkbox"/> 肘関節 <input type="checkbox"/> 前腕 <input type="checkbox"/> 手関節 <input type="checkbox"/> 手背 <input type="checkbox"/> 恥骨上部 <input type="checkbox"/> 大腿 <input type="checkbox"/> 膝関節 <input type="checkbox"/> 下腿 <input type="checkbox"/> 足関節 <input type="checkbox"/> 足背 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> その他 ( )	経年								
原因	<input type="radio"/> 外傷 <input type="radio"/> 熱傷 <input type="radio"/> 尋常性ザソウ <input type="radio"/> 手術 <input type="radio"/> 予防接種 <input type="radio"/> ピアス <input type="radio"/> 原因不明(患者本人が認識していないもの) <input type="radio"/> その他 ( )									
自覚症状	<input type="checkbox"/> 掻痒 <input type="checkbox"/> 自発痛 <input type="checkbox"/> 圧痛 <input type="checkbox"/> 拘縮感									
他覚症状	<input type="checkbox"/> 潮紅 <input type="checkbox"/> 堅さ <input type="checkbox"/> 増大傾向									
治療法	<table border="0"> <tr> <td>外科療法</td> <td><input type="radio"/> なし</td> <td><input type="radio"/> あり</td> <td><input type="radio"/> 未入力</td> </tr> <tr> <td>放射線療法</td> <td><input type="radio"/> なし</td> <td><input type="radio"/> あり</td> <td><input type="radio"/> 未入力</td> </tr> </table>	外科療法	<input type="radio"/> なし	<input type="radio"/> あり	<input type="radio"/> 未入力	放射線療法	<input type="radio"/> なし	<input type="radio"/> あり	<input type="radio"/> 未入力	経年 <small>過去～現在まで累積</small>  <small>過去～現在まで累積</small>
外科療法	<input type="radio"/> なし	<input type="radio"/> あり	<input type="radio"/> 未入力							
放射線療法	<input type="radio"/> なし	<input type="radio"/> あり	<input type="radio"/> 未入力							