

# 医师检查表-慢性荨麻疹

## (Follow Up)

日期: \_\_\_\_\_

患者姓名: \_\_\_\_\_ 出生日期: \_\_\_\_\_

患者身高和体重: \_\_\_\_\_ cm 和 \_\_\_\_\_ kg

自上次咨询以来,患者荨麻疹是否痊愈?  是  否

若是,何时痊愈? \_\_\_\_\_ 月余 \_\_\_\_\_ 一年及以上 \_\_\_\_\_

若否,患者现在患有何种荨麻疹?(勾选所有符合的答案)

慢性自发性荨麻疹 (CSU)

慢性诱导性荨麻疹 (CIndU), 请勾选子选项: \_\_\_\_\_

如果 CSU 和 CIndU 同时存在,目前两者中哪一个占主导地位?

CSU

CIndU

自上次咨询以来,患者出现了哪些荨麻疹的症状?

风团  血管性水肿  上述均存在

自上次咨询以来,是否有瘙痒?  是  否

如果是,在过去7天内瘙痒的程度:

在过去的7天里没有瘙痒  轻度瘙痒  中度瘙痒  重度瘙痒

(轻微瘙痒=偶有瘙痒但基本无影响,中度瘙痒=有瘙痒但未影响正常的生活或睡眠,重度瘙痒=已经影响到正常的生活或睡眠)

自上次咨询以来,患者是否有持续的荨麻疹症状或者有一段时间(例如几周)症状消失?

是 (自上次咨询以来症状持续存在)

否 (较长时间没有症状)

在过去的4周内,荨麻疹症状每天或几乎每天都出现?

是  否

在过去4周内,患者每周平均有多少天出现荨麻疹症状?

<1天  1天  2天  3天  4天  5天  6天  7天

自上次咨询以来，若患者出现了风团：

a. 在过去的4周内，风团出现了几天？

- 0天     1-3天     4-6天     7-13天     14-20天     21-27天  
 每天

b. 在过去的4周内，单个风团完全消失一般要多久？

- 少于 1小时                       1-6小时                       6-12小时  
 12-24小时                       24-48小时                       48-72小时  
 超过72小时

自上次咨询以来，若患者出现了血管水肿：

a. 在过去的4周内，血管性水肿出现了几天？

- 0天     1天     2-3天     4-6天     7-13天     ≥ 14天

b. 在过去的4周内，局限性血管性水肿完全消失一般要多久？

- 少于1小时                       1-6小时                       6-12小时  
 12-24小时                       24-48小时                       48-72小时  
 超过72小时

c. 自上次咨询以来，患者哪些部位出现了血管性水肿？

- 眼皮                               嘴唇                               脸部其余部分  
 舌                                   喉部                               手  
 足                                   生殖器

身体其他部位，例如： \_\_\_\_\_

自上次咨询以来，是否有新的因素使患者荨麻疹症状加重？  是  否

若是，是哪些因素：

- 感染，例如： \_\_\_\_\_  
 药物，例如： \_\_\_\_\_  
 食物，例如： \_\_\_\_\_  
 压力，例如： \_\_\_\_\_  
 昆虫叮咬  
 其他因素，例如： \_\_\_\_\_

自上次咨询以来，患者的睡眠质量是否受到了荨麻疹症状的影响？

是     否

若是，在过去的7天内，大概有几个晚上睡眠受到了影响？

- 无                       1晚                       2晚                       3晚  
 4晚                       5晚                       6晚                       7晚

## 荨麻疹控制情况测评

1. 过去四周内你有多少荨麻疹的身体症状（瘙痒，荨麻疹（瘢痕）和/或肿胀）？  
 非常多       较多       稍有       较少       一点也没有
2. 在过去的4周内，你的生活质量被荨麻疹影响了多少？  
 非常多       较多       稍有       较少       一点也没有
3. 在过去的4周内，你未能控制荨麻疹症状的治疗频率是多少？  
 非常频繁       较频繁       有时       很少       无
4. 总的来说，你过去4周荨麻疹症状的控制状况如何？  
 未能控制       得到了很少的控制       得到了一些控制       控制较好       控制非常好

### 自上次咨询以来，是否出现新的疾病？

- 是       否

若是，是什么疾病：\_\_\_\_\_

### 自上次咨询以来，是否有除荨麻疹以外的疾病痊愈？

- 是       否

若是，是什么疾病：\_\_\_\_\_

### 自上次咨询以来，患者的常规用药是否发生变化（荨麻疹除外）？

- 是       否       患者未服用除治疗荨麻疹外的其他药物

若是，发生了什么变化？\_\_\_\_\_

### 在过去的4周内，患者是否接受过荨麻疹的药物治疗？

- 是       否

若是： 药物名称：\_\_\_\_\_ 单次用量（选填）：\_\_\_\_\_

用药频率：  
 1次 每天     2次 每天     3次 每天  
 4次 每天     按需服用     其他：\_\_\_\_\_

疗效：

- 疗效显著(症状减少90%以上)  
 疗效较好(症状减少,但未达 90%)  
 症状未能减少

治疗的副作用：

有     无    若有, 请具体说明：\_\_\_\_\_

自上次咨询以来,除了上个问题提到的药物外,患者是否使用过其他药物治疗荨麻疹?

是  否

若是:

治疗药物 1: \_\_\_\_\_ 单次用量 (选填): \_\_\_\_\_

用药频率:  1次 每天  2次 每天  3次 每天  
 4次 每天  按需服用  其他: \_\_\_\_\_

疗效:

- 疗效显著 (症状减少90%以上)  
 疗效较好 (症状减少,但未达 90%)  
 症状未能减少

治疗的副作用:

有  无 若有,请具体说明: \_\_\_\_\_

治疗药物 2: \_\_\_\_\_ 单次用量 (选填): \_\_\_\_\_

用药频率:  1次 每天  2次 每天  3次 每天  
 4次 每天  按需服用  其他: \_\_\_\_\_

疗效:

- 疗效显著 (症状减少90%以上)  
 疗效较好 (症状减少,但未达 90%)  
 症状未能减少

治疗的副作用:

有  无 若有,请具体说明: \_\_\_\_\_

其他治疗:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

自上次咨询以来,患者是否因其荨麻疹咨询过其他医生?

是  否

若是,是哪一类医生:

- |   |             |
|---|-------------|
| <input type="checkbox"/> 家庭医生/全科医生      | 频率: _____ 次 |
| <input type="checkbox"/> 皮肤科医生          | 频率: _____ 次 |
| <input type="checkbox"/> 儿科医师           | 频率: _____ 次 |
| <input type="checkbox"/> 耳鼻喉专科医生        | 频率: _____ 次 |
| <input type="checkbox"/> 牙医             | 频率: _____ 次 |
| <input type="checkbox"/> 妇科医生           | 频率: _____ 次 |
| <input type="checkbox"/> 其他医生, 即: _____ | 频率: _____ 次 |

自上次咨询以来,其他医生为寻找荨麻疹病因采取了哪些诊断措施,其结果如何?

---

---

---

---

---

自上次咨询以来,患者是否因其荨麻疹住院治疗过?  是  否

若是,频率:\_\_\_\_\_次

若是,共多少天:\_\_\_\_\_天

自上次咨询以来,患者是否因其荨麻疹挂过急诊?  是  否

若是,频率:\_\_\_\_\_次

自上次咨询以来,患者是否因其荨麻疹影响到了工作或学习?  是  否

患者不工作也不上学

若是,在过去的12个月内患者请了多少天假?\_\_\_\_天