

アトピーのご相談

■いつから症状がでましたか？（必須）例：〇〇年/〇〇月/〇〇才から

■現在治療されていますか？（必須）

治療中 治療していない

■ステロイド使用歴（必須）例：〇〇年/〇〇か月使用

■ステロイド使用頻度(必須)

毎日 時々 使用していない

■ステロイド使用中止時期（必須）例：〇〇年/〇〇月/〇〇日頃

■悪化しやすい時期(必須)

春 夏 秋 冬

■現在使用している石けん、シャンプー等の商品名(必須)

■現在、独自に行っているアトピー対策があればご記入ください。(必須) 例：使用薬品名など

■ご連絡先（必須）

フリガナ		年齢
お名前		
ご住所		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
電話番号		
メールアドレス		

■ご相談内容