

**인적사항**

|    |        |
|----|--------|
| 성명 | 주민등록번호 |
|----|--------|

**질병사항**

|       |     |        |
|-------|-----|--------|
| 아토피진단 | 질병명 | 질병분류번호 |
|       | 발병일 | 진단일    |

|           |        |
|-----------|--------|
| 병변의 범위(A) | 평가점수 : |
|-----------|--------|

| 2살 이하 |  | 2살 이상 |  |
|-------|--|-------|--|
|       |  |       |  |

|            |        |
|------------|--------|
| 병변의 정도 (B) | 평가점수 : |
|------------|--------|

|                            |  |  |
|----------------------------|--|--|
| 홍반/암화 (Erythema/Darkening) |  | 0 = 없음<br>1 = 경증 (mild)<br>2 = 중간 (moderate)<br>3 = 중증 (sever) |
| 부종/구진화 (Edema/papulation)  |  |  |
| 진물/가피 (Oozing/crusting)    |  |  |
| 찰상 (Excoriation)           |  |  |
| 태선화 (Lichenification)      |  |  |
| 건조 (Xerosis)               |  |  |

|     |  |
|-----|--|
| 총합계 | $A / 5 [ \quad ] + ( 7 \times B ) / 2 [ \quad ] =$ |
|-----|--|

**종합의견**

주) 진단에 대한 의사의 의견을 기입바랍니다

|               |           |     |
|---------------|-----------|-----|
| 의료기관명 및 부서명 : | 의사면허번호 :  | 호   |
|               | 의 사 성 명 : | (인) |