けいこ皮膚科クリニック　ニキビ問診票

ふりがな

お 名 前　　様

１．過去のニキビ治療についてうかがいます。

皮膚科で治療した事が　　ある・ない
どのような飲み薬を飲みましたか？（　　）
どのような塗り薬を塗りましたか？（　　）
どのような処置をしましたか？　　レーザー治療・ケミカルピーリング
イオン導入
その他（　　）

２．お通じ（排便）についてうかがいます。

排便は毎日（　　）回あり固さは　普通・やわらかい・固い
排便は（　　）日に１回あり固さは　普通・やわらかい・固い
便秘のために飲んでいるお薬はありますか？（　　）

３．月経（生理）についてうかがいます。

月経周期は（　　）日型である
ニキビは月経前に悪くなる傾向がありますか？　　ある　・　ない
月経について周期の不順やお困りの事がありますか？
（　　）

4.　ふだんの食事や嗜好についてうかがいます。

甘いものは　　好き　・　どちらともいえない　・　嫌い
辛いものは　　好き　・　どちらともいえない　・　嫌い
コーヒーや紅茶を　　飲まない　・　１日（　　）杯程度飲む
タバコを　　吸わない　・　１日（　　）本程度吸う
アルコールを　　飲まない　・　１日（　　）を（　　）程度飲む

５．治療についてうかがいます。

・なるべく保険診療の範囲で受けたい

・自費診療についても聞いてみたい