

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

☆お顔の診察を受ける方には、正確な診断のためにメイクを落としていただきます。

(洗顔をご希望の方は、受付にお申し出ください。)

●過去のニキビ治療についてうかがいます。

皮膚科で治療したことが 有る ・ 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 ()

●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？ ()

●普段の食事や嗜好についてうかがいます。

甘いものは 好き ・ どちらとも言えない ・ 嫌い

辛いものは 好き ・ どちらとも言えない ・ 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

●普段のスキンケアについてうかがいます。(※診断に重要な情報になりますので詳しくお願いします)

～カッコ内には使用化粧品の商品名、不明な場合は○を記入してください。～

朝 洗顔 () 化粧水 () 美容液 ()

乳液 () 保湿クリーム () 日焼け止め ()

ファンデーション () その他使用化粧品 ()

夜 クレンジング () 洗顔 () 化粧水 ()

美容液 () 乳液 () 保湿クリーム ()

パック等その他使用の化粧品 ()

●女性の方にうかがいます。

月経(生理)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？ 有る ・ ない

月経について周期の不順やお困りのことがありますか？

()

●治療方針についてうかがいます。(ご希望の方に○をつけてください)

・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