

受診日 平成 年 月 日

ふりがな 氏名	生年月日 年 月 日 歳
職業	TEL
住所：〒 (-)	

1. 症状があるのはどこですか？

顔 胸 背中 臀部 肩・腕

2. いつ頃からニキビができましたか？

中学生から 高校生から 成人してから (.....歳から)

3. ニキビ治療で医療機関を受診したことがありますか？

はい (質問4へ)

いいえ → 何もしていない 市販の塗り薬 サプリメント内服

ニキビ用化粧品 (.....)

薬局で漢方薬購入 (.....)

その他 (.....)

4. これまで受けたニキビ治療にチェックしてください。

ディフェリンゲル → 刺激は 強い 軽度 or なし かぶれた

ベピオゲル → 刺激は 強い 軽度 or なし かぶれた

デュアック配合ゲル → 刺激は 強い 軽度 or なし かぶれた

ダラシンTゲル/ローション

アクアチムクリーム/ローション

ゼビアックスローション

イオウカンフルローション

抗生剤の内服 (.....)

漢方薬の内服 (.....)

ケミカルピーリング

医療機器を用いた施術 (例：クリアタッチS、IPL、レーザーなど.....)

その他 (.....)

5. 日常生活についてお聞きします

- 生活は 規則正しい 不規則 時期による
食事は バランスよく食べている 偏食気味である その日による
ストレスは 多い 普通 あまりない
喫煙は 現在喫煙中 喫煙していたが禁煙中 なし
マスクについて よくする 冬場だけ・風邪をひいたときだけ しない
ニキビを触る癖 よく触る 時々触る 触らない
幼少時より扁桃炎、中耳炎、副鼻腔炎などの化膿性炎症が あり なし

6. 女性の方にお聞きします。

- 妊娠・授乳について 妊娠していない 妊娠（.....）カ月 授乳中
月経周期について 規則正しい 不規則である
月経痛について ひどい 軽度 or 我慢できる程度 なし
月経とニキビの関連 月経前に悪化 月経中～月経後に悪化 関連なし
冷え性について 年中冷え症 冬だけ冷え性 なし
便秘について あり→（ ）日に1度程度 なし
立ちくらみや倦怠感 よくある たまにある なし
むくみや月経前の頭痛 よくある たまにある なし
洗顔について：クレンジングは オイル クリーム ジェル 使用しない
洗顔回数は 1日1回 1日2回 1日3回以上
洗いは ゴシゴシ擦る なじませるように洗う
ファンデーションは：リキッド パウダー BBクリーム 使用しない

7. 希望されるニキビ治療について

- 保険診療希望
自費診療希望（希望メニュー：.....）
どちらでもよい or 医師と相談の上決めたい

8. 当院を何でお知りになりましたか？

- 通院歴がある 自宅や職場・学校が近い ホームページを見て
ブログを見て 看板・バスのアナウンス広告
家族や知人、かかりつけ医からの紹介（紹介者名：.....）

9. 他にもお悩みがありますか？

(.....)

ご協力ありがとうございました。