

赤井クリニック スキンケア  
ニキビ問診票

ID:

ふりがな:	
氏名:	生年月日: 年 月 日
年齢: 歳 性別 男 ・ 女	既婚 ・ 未婚 ・ 結婚予定あり
郵便番号	住所:
携帯電話番号:( ) -	自宅電話番号:( ) -
職業:	e-mail:

下記の設問1~15までお答えください。

1. ニキビはいつからですか？

小学生 ・ 中学生 ・ 高校生 ・ ( ) 才から

2. 症状の変化はありますか？

①繰り返している

②良くなったが ( ) からまた悪化してきた

3. 原因と思われることはありますか？ はい ( ) ・ いいえ

4. 今まで他の病院で、ニキビに関する治療を受けたことがありますか？ はい ・ いいえ

「はい」と答えた方へ

・いつ頃ですか？ ( )

・どのような内服薬を処方されましたか？

抗生剤 ( ) ・ 漢方 ( ) ・ ビタミン剤 ・ わからない

・どのような外用薬を処方されましたか？

アクアチムクリーム ・ ダラシンTゲル ・ ゼビアックスローション ・ ディフェリンゲル  
ベピオゲル ・ デュアック配合ゲル ・ エピデュオゲル ・ フェナゾールクリーム  
わからない

・処置はうけたことがありますか？

化膿ニキビに注射・ピーリング・光治療・イオン導入・その他 ( )

5. 当院での治療に関して

保険内での治療を希望する ・ 治るなら自費の治療でもかまわない ・ 医師と相談してから

6. 現在、他の病院に通院していますか？ はい ( \_\_\_\_\_科・病名: \_\_\_\_\_ ) ・ いいえ

7. 現在、服用している薬はありますか？ はい ( \_\_\_\_\_ ) ・ いいえ

8. 今まで体にあわなかった薬はありますか？ はい ( \_\_\_\_\_ ) ・ いいえ

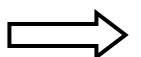
9. 今まで病気になったり手術をしたことがありますか？ はい ・ いいえ

「はい」と答えた方は下記の項目に○もしくは記入をお願いします

腎臓病 ・ 心臓病 ・ 肝臓病 ・ 高血圧 ・ アトピー性皮膚炎 ・ 花粉症 ・ 喘息

手術 ( \_\_\_\_\_ ) ・ その他 ( \_\_\_\_\_ )

設問の続きは裏にあります。裏面の記入もお願いします。



10. 喫煙はされますか？ はい（                      本/日） ・ いいえ
11. 排便について      毎日ある・2日に1回・3～5日に1回・1週間以上ない・便秘薬を使用している
12. 屋外でスポーツや仕事などはされますか？      はい ・ いいえ
13. 睡眠時間はどのくらいですか？      （                      時間/日）
14. 冷えはありますか？      はい（手 ・ 足 ・ 全身） ・ いいえ
15. 女性の方へ  
    生理周期はどのくらいですか？（                      日周期）  
    生理痛はありますか？      はい ・ いいえ  
    生理前にニキビが悪化しますか？      はい ・ いいえ  
    現在、妊娠の可能性はありますか？      はい ・ いいえ  
    妊娠を希望されていますか？      はい ・ いいえ  
    生理前に便秘になり、生理とともに軟便・下痢になりますか？      はい ・ いいえ
16. 当院を何で知りましたか？  
    ホームページ・看板・医師や知人からの紹介（紹介者名： \_\_\_\_\_）  
    その他（                      ）

スキンケアに関して

現在使用しているスキンケア製品について当てはまるものに○をしてください。

クレンジング	ジェル ・ ローション ・ クリーム ・ ミルク ・ オイル ・ 拭き取りシート
洗顔料	固形 ・ クリーム ・ ジェル ・ パウダー ・ ピーリングソープ
化粧水	保湿用 ・ 美白用 ・ ニキビ肌用
保湿	乳液 ・ クリーム ・ 美容液 ・ ジェル ・ オイル
日焼け止め	使用してない ・ 日差しが強い時のみ ・ 毎日
日焼け止めのSPF	35未満 ・ 35以上 ・ 50
その他	

次に当てはまるものに○をしてください。

	洗顔料をしっかり泡立てている
	洗顔後、肌がつっぱる
	1日3回以上洗顔する
	毛穴をうめるような化粧をしている
	ファンデーションに使用するスポンジやブラシを週に1度も洗わない
	お化粧直しは1日3回以上している

\*平均1ヶ月スキンケア（化粧品）にどのくらいかけていますか？      ￥ \_\_\_\_\_