

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:

※ご相談内容によっては自費診療となり、初診料¥3,300がかかります 確認しました

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

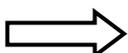
8. 今まで体にあわなかった薬はありますか？ はい (_____) ・ いいえ

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 (_____)

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？

¥ _____