ふりがな		生年月日	
ご氏名			
住所		電話	

にきびでお困りの方専用の問診票です。

1. いつからニキビができていますか？

2. どこのニキビが気になりますか？

☐ お顔　☐ 背中　☐ 胸　☐ 腕　☐ その他

3. 今まで病院でニキビの治療をしたことがありますか？　☐ はい　☐いいえ

どんな薬を使ってましたか？

☐ ディフェリン/アダパレン　☐ ベピオ　☐ デュアック　☐ エピデュオ

☐ ダラシン/クリンダマイシン　☐ アクアチム/ナジフロキサシン　☐ ゼビアックス

☐ 飲み薬 (　　)

4. 今後大事な予定はありますか？

☐ ない　☐ ある　（具体的に：　　）

5. 思い当たる原因はありますか？　（例：薬、食べ物、仕事・・・）

6. 普段、基礎化粧品は何を使っていますか？

☐ 化粧水　☐ 乳液　☐ 美容液　☐ 美容クリーム　☐ 日焼け止め

☐ その他　（　　）

7. ファンデーションは何を使っていますか？

☐ リキッド　☐ パウダー　☐ クリーム　☐ その他（　　）

8. メイク落としはどのタイプを使っていますか？

☐ オイル　☐ クリーム　☐ ジェル　☐ ミルク　☐ 石鹸　☐ 拭くタイプ

☐その他（具体的な品目：　　）

9. 洗顔はどのようにされていますか？　1日（　　）回

☐ 洗顔料を使う　☐ 洗顔料を泡立てる　☐ 水で洗い流す　☐ お湯で洗い流す

10. 皮膚科以外で治療している病気や内服しているお薬について教えてください。　）

病気　（　　）

お薬　（

10. 女性の方のみ

妊娠中ですか？　☐ はい　☐ いいえ

授乳中ですか？　☐ はい　☐ いいえ

12. アレルギーはありますか？　☐いいえ　☐はい→あてはまるものをチェックしてください。

☐ 薬　☐ 食べ物　☐ 金属　☐ 動物　☐ 植物　☐ 日用品

その他（　　）