

# にきび外来問診票 令和 年 月 日

フリガナ

お名前	(男・女)	職業		
生年月日	大・昭・平・令	年 月 日	年齢	歳
ご住所	〒			
携帯番号	(緊急時連絡先)			

●症状のある部位はどこですか？( 顔 胸 背中 その他 )

●にきびの治療をされたことはありますか？ はい・治療中・いいえ

病院名( )

ぬり薬(ディフェリン・ダラシン・ベピオ・デュアック・ゼビアックス・エピデュオ)

飲み薬(ビタミン剤・漢方( ) 抗生剤( ) )

●症状が出たのはいつからですか？( )

●ご自身の肌のタイプについて 乾燥 ・ 脂性 ・ 混合

朝: 洗顔・化粧水・乳液・美容液・クリーム・化粧下地・日焼け止め・ファンデーション

夜: メイク落とし・洗顔・化粧水・乳液・美容液・クリーム・その他( )

●女性の方にお伺いします

生理は順調ですか？ 順調 ・ 不順 ・ なし

生理前後に、にきびがでやすいですか？ はい ・ いいえ

現在、妊娠してますか？ はい ( 月 ) 可能性あり ・ いいえ

現在、授乳中ですか？ はい ・ いいえ

●アレルギーはございますか？

あり( 薬 食べ物 花粉 その他( ) )

なし

●お薬を飲んで眠くなったことがありますか？ はい ・ いいえ

●現在、治療中のご病気がある方は病名とお薬名をご記入ください。

病名 ( )

お薬名 ( )

●当クリニックをどこでお知りになりましたか？

・ホームページ・ご家族、ご友人、知人( 様)のご紹介

・お医者さんガイド ・ 看板 広告 ( JR / 電停 / バス )

●ほかに悩んでいる事、話したい事、先生に伝えたい事がありましたら、お書きください。(例、結婚式が近い、3週間後に引越す等)