

にきび問診票

(お名前(カタカナ) : _____)

1. ニキビはいつ頃からできましたか？

小学生 ・ 中学生 ・ 高校生 ・ () ところから

2. 医療機関でニキビ治療をしたことがありますか？

はい ・ いいえ

→はいと答えた方、あてはまるものを選んでください

① いつ頃治療を受けましたか？

1ヶ月以内 ・ 半年以内 ・ 1年以内 ・ 1年以上前

② 使用したことのある外用薬

ディフェリン(アダパレン) ・ バピオゲル／ローション／ウォッシュジェル
エピデュオ ・ デュアック ・ ダラシン(克林ダマイシン)ゲル／ローション
アクアチム(ナジフロキサシン)軟膏／クリーム
ゼビアックス油性クリーム／ローション ・ その他()

③ 塗り薬で出現した症状

ひりつき ・ 皮むけ ・ 乾燥 ・ 赤み ・ かぶれ ・ なし

④ どれくらいの期間使用しましたか？

1ヶ月未満 ・ 6か月未満 ・ 1年未満 ・ 1年以上

裏面に続きます

3. にきびが治るまでどれくらいの期間が必要だと思いますか？

3 週間以内 ・ 3 か月以内 ・ 6 か月以内 ・ 1 年以内 ・ 1 年以上

4. 日常生活についてお聞きします

① 朝のスキンケア

洗顔：固形石鹸・クリーム・泡・ジェル・ふき取り・水・しない

保湿：化粧水・乳液・クリーム・美容液・その他（ ）・しない

日焼け止め：しない・たまに・毎日（SPF： ）

② 夜のスキンケア

クレンジング：ミルク・ジェル・クリーム・泡・オイル・ふき取り・しない

洗顔：固形石鹸・クリーム・泡・ジェル・ふき取り・水・しない

保湿：化粧水・乳液・クリーム・美容液・その他（ ）・しない

③ メイク使用品

ファンデーション・コンシーラー・パウダー・下地・なし

④ 髭剃り/お顔そり：していない・電動シェーバー／カミソリ／顔脱毛 を使用

⑤ 生活は： 規則正しい・不規則・時期による

⑥ 食事： バランスよく食べている・偏食気味・その日による

⑦ 嗜好品： 甘いもの・油もの・ジャンクフード・スナック菓子

⑧ 睡眠時間： 6 時間未満・6～8 時間未満・8 時間以上・日による

⑨ マスク： よくする・必要時・しない

⑩ 運動習慣： 週 1 回以下・週 2-4 回・週 5 以上・しない

ご記入ありがとうございました。受付へお渡してください。