

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 ・ ()才ころから

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) ・ ベピオゲル／ローション／ウォッシュゲル
 エピデュオ ・ デュアック ・ ダラシン(クリンダマイシン)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： 固形石鹼 ・ 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： 固形石鹼 ・ 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。受付へお渡しください。