

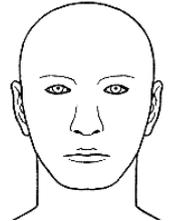
# 皮フ科・ニキビ問診表

20 年 月 日

フリガナ		住所	〒	—
氏名	男・女			
生年月日	令和・平成 年 月 日 昭和・大正 (才)	電話番号	( )	—
		携帯番号	—	—
		体重		Kg

※診察の参考に使用させていただきますので、過不足なくご記入お願いいたします。

- いつ頃からニキビが出てきましたか \_\_\_\_\_ 歳頃
- 今まで皮膚科でニキビ治療をしたことがありますか (はい・いいえ)  
→「はい」と答えた方使用したことのある薬剤に○をしてください  
ベピオ・ディフェリン(アダパレン)・デュアック・エピデュオ・ダラシン・アクアチム・ゼビアックス  
イオウカンフルローション・ビタミン剤内服・抗生物質内服・漢方内服・ケミカルピーリング  
レーザー治療・その他 ( )
- 使用薬剤で赤みやかゆみなどの皮膚トラブルが起こったことがありますか ( はい ・ いいえ )
- スキンケアについて、当てはまるものに○をしてください  
洗顔回数 1日 (○回・1回・2回・3回以上) ニキビの部位に○をつけて下さい  
洗顔方法 ( 水 ・ ぬるま湯 ・ お湯 ) 洗顔料 ( 使う ・ 使わない )  
洗顔後に使用しているもの  
化粧水・乳液・美容液・保湿ジェル・保湿クリーム・オイル  
オールインワンジェル・パック・その他 ( )
- 睡眠時間約時間 ( 時 ~ 時)
- 女性の方、当てはまるものに○をしてください  
・ 月経について (月経前のニキビの悪化 ・ 生理不順 ・ 生理痛 ( 重い・軽い ) )  
・ ノンコメドジェニックを知っていますか ( はい ・ いいえ )  
・ ニキビ肌にも負担の少ないスキンケア用品やファンデーションに興味がありますか (はい・いいえ)
- 今までに麻酔を使用したことがありますか? ※歯科での麻酔も含む  
なし ・ ある (傷病名: \_\_\_\_\_) (医療機関: \_\_\_\_\_)
- 今まで治療を受けたことのある病気、または現在治療中の病気があれば○をつけてください。  
なし ・ ある { ・花粉症(アレルギー性鼻炎) ・喘息 ・じんましん ・アトピー性皮膚炎  
・胃潰瘍 ・高血圧 ・高脂血症 ・糖尿病 ・不整脈 ・狭心症 ・心筋梗塞  
・脳梗塞 ・肝臓病 ・腎臓病 ・その他(病名は?: \_\_\_\_\_) }
- お薬、注射などで副作用、食べ物などでアレルギーがありましたか? ○をつけてください。  
なし ・ ある (アレルギー: \_\_\_\_\_) 副作用: \_\_\_\_\_)
- 現在、内服中のお薬はありますか? ○をつけてください。  
なし ・ ある (お薬の名前: \_\_\_\_\_)
- 女性の方にお聞きします。妊娠・授乳していますか? ○をつけてください。  
いいえ ・ はい ・ 可能性がある ・ 授乳中
- マイナ保険証による診療情報取得に ( 同意する ・ 同意しない)
- この1年で特定検診・高齢者検診を受診されましたか はい ・ いいえ



背部 胸部