

ご住所：		
ふりがな： お名前：	生年月日 大・昭・平 年 月 日	( 歳) 職業：
お薬手帳持参： 有り・無し	携帯電話：	紹介者名：

1. 今まで、薬・注射のアレルギーや喘息はありますか？ (はい・いいえ)

ある場合、薬の名前と症状を分かる範囲でご記入ください

( )
2. 過去に大きな病気をされたことがあれば、ご記入ください

( )
3. 現在妊娠中ですか？ (はい・いいえ)

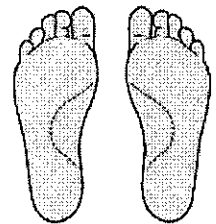
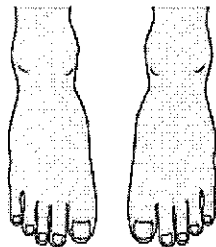
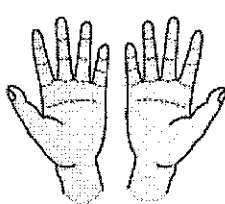
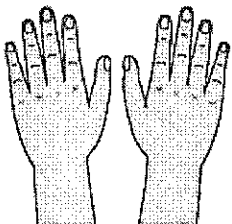
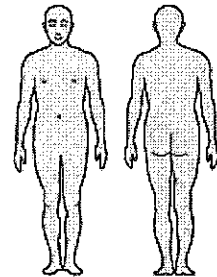
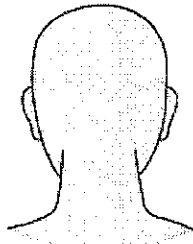
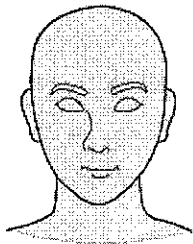
「はい」に○をした方、自宅で妊娠反応検査は陽性でしたか？ はい ・ いいえ
4. 現在授乳中ですか？ (はい・いいえ)
5. いつからどのような症状がありますか。

いつから ( )

症状 (ニキビ ・ アトピー ・ じんましん ・ 湿疹 ・ 円形脱毛 ・ できもの)

その他 ( )

部位を○で囲んでください (絵に印をつけてください)



6. 上記の症状について今まで他の医療機関で治療を受けていれば、病名、治療内容を分かる範囲でご記入ください。

( )
7. 皮膚科以外で現在治療中の病気はありますか？ (はい・いいえ)

あれば、わかる範囲で記入してください。

( )
8. 健康食品を含め、現在内服中のお薬はありますか？

( )

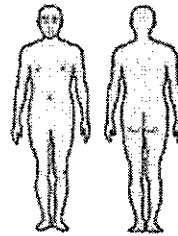
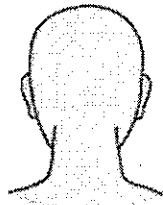
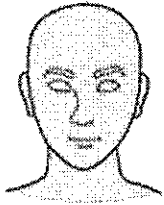
※にきびの診察を希望される方は裏面もご記入ください。

# ニキビ 問診票

① いつからですか？

( )

② ニキビのできる部位はどこですか？図に○をして下さい。



③ ニキビのできやすい時期・悪くなりやすい時期はありますか？

( )

④ 現在、ニキビの治療はしていますか？

・はい ( )

・いいえ

⑤ 現在治療している内容を教えてください。あてはまるものに○をして下さい。

●ぬり薬

・ダラシンTゲル

・ダラシンTローション

・アクアチムクリーム

・アクアチムローション

・クリンダマイシンゲル

・ベピオゲル

・ディフェリンゲル

・デュアック

・ゼビアックスローション

・その他 ( )

●飲み薬

・ルリッド

・ミノマイシン

・ミノトール

・ファロム

・クラリス

●ビタミン剤

・ハイシー

・シナール

・ピドキサール

・フラビタン

・その他 ( )

●漢方薬

・十味敗毒湯

・けい芥連翹湯

・清上防風湯

・桂枝茯苓丸

・加味逍遙散

・桂枝茯苓丸ヨクイニン

・その他 ( )

●その他 ( )

⑥ 現在使用している化粧品をご記入ください。

( )

⑦ 現在使用しているサプリメントなどがありましたらご記入下さい。

( )

⑧ お肌の性質について教えてください。あてはまるものに○をして下さい。

・全体に脂っぼい

・Tゾーンのみ脂っぼい

・混合肌

・乾燥肌

・敏感肌

その他 ( )

ご記入ありがとうございました。