

ご氏名 _____

Q1 気になる症状について、あてはまるものをすべて選んでください。

- 赤み ぶつぶつ ほてり感 ひりひり感 血管が透けて見える（毛細血管拡張）
 その他（ _____ ）

Q2 どのようなときに症状が悪くなりますか？ あてはまるものをすべて選んでください。

- 温度変化 高気温の気候 低気温の気候 紫外線
 季節の変化 花粉 激しい運動 心理的ストレス
 熱い食べ物 香辛料 コーヒー アルコール
 月経周期 化粧品の使用 その他（ _____ ）

Q3 アレルギーはありますか？あてはまるものをすべて選んでください。

- 花粉症（症状がある時期は _____ 月 ~ _____ 月 _____ ）
 アトピー性皮膚炎 アレルギー性鼻炎 喘息 その他（ _____ ）

Q4 詳しいアレルギー検査（採血）を希望されますか？（3割負担 約5,000円） はい ・ いいえ

Q5 今までに、お薬で悪化したことがありますか？ はい（使用期間 _____ ） ・ いいえ

- ステロイド外用薬（製品名 _____ ）
 プロトピック®（タクロリムス） コレクチム モイゼルト
 ニキビ治療薬 （ _____ ）
 その他市販薬など（ _____ ）

Q6 スキンケアについて、当てはまるものに○をつけてください。

- 朝 → 洗顔 あり（水のみ ・ 洗顔料使用） ・ なし
 保湿剤使用 あり（化粧水 ・ 乳液 ・ その他 _____ ） ・ なし
 日焼け止め あり（SPF _____ ） ・ なし
 ファンデーション あり（リキッド ・ パウダー ・ その他 _____ ） ・ なし
 夜 → クレンジング あり（オイル ・ ジェル ・ クリーム ・ その他 _____ ） ・ なし
 洗顔 あり（水のみ ・ 洗顔料使用） ・ なし
 保湿剤使用 あり（化粧水 ・ 乳液 ・ その他 _____ ） ・ なし
 その他パックなど （ _____ ）

Q7 女性の方へ 月経（生理）について、当てはまるものに○をつけてください。

月経前の皮疹の増悪 ・ 生理不順 ・ 生理痛（ひどい ・ かるい） ・ 肩こり ・ 月経前のいらいら

Q8 本日の診療で希望されることがあればご記入ください。

（ _____ ）

ご記入ありがとうございました。初診時間診票と一緒に受付にご提出ください。