

ふりがな
ご氏名

1. 今までのニキビ治療について

皮膚科での治療 ある ・ ない

ある方 → 薬剤名がわかる方は記載をお願いします

- 抗生剤の外用剤 (ダラシン ・ アクアチム ・ ゼビアックス ・ テラコートリル ・ その他)
- 角質ケア外用剤 (ディフェリン ・ アダパレン ・ ベピオ ・ エピデュオ ・ デュアック)
- その他 外用剤 ()
- 抗生剤の内服 (ミノマイシン ・ ビブラマイシン ・ クラリス ・ ルリッド ・ クラビット ・ その他)
- ビタミン剤内服 (ビタミン B2 ・ ビタミン B6 ・ ビタミン C ・ その他)
- 漢方の内服 ()
- その他内服 ()
- その他の処置 (ケミカルピーリング ・ レーザー治療 ・ その他)

2. 便秘 ある ・ ない ある方→内服 ある () ・ ない

3. 食事について 油っぽいもの 多い ・ ふつう ・ 少ない
甘いもの 多い ・ ふつう ・ 少ない

4. 睡眠時間 (時間 ・ 時 分～ 時 分ぐらい)

5. スキンケアについて

- 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 ()

6. 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)

月経前のニキビの増悪 ・ 生理不順 ・ 生理痛 (ひどい ・ かるい) ・ 肩こり ・ 月経前のいらいら

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。