パンジー皮膚科クリニック　　ニキビ問診票　　令和　　年　　月　　日

ご氏名（ふりがな）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

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　・　美容液　・　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・バーム・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　・　美容液　・　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（当てはまるものに〇をつけてください）

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。初診時問診票と一緒に受付にご提出ください。