

にきび外来問診票

令和 年 月 日

フリガナ

お名前		(男・女)	職業			
生年月日	昭・平・令	年	月	日	年齢	歳
ご住所		〒				
携帯番号		(緊急時連絡先)				

●症状のある部位はどこですか？(顔 胸 背中 その他)

※お顔の症状の方はノーメイクでお待ちください。

●にきびの治療をされたことはありますか？ はい・治療中・いいえ

病院名()

ぬり薬(ディフェリン・ダラシン・アクアチム・ペピオ・デュアック・ゼビアックス・エピデュオ)

飲み薬(ビタミン剤・漢方() 抗生剤())

●症状が出たのはいつからですか？()

●ご自身の肌のタイプについて 乾燥 ・ 脂性 ・ 混合

朝: 洗顔・化粧水・乳液・美容液・クリーム・化粧下地・日焼け止め・ファンデーション

夜: メイク落とし・洗顔・化粧水・乳液・美容液・クリーム・その他()

●女性の方にお伺いします

生理は順調ですか？ 順調 ・ 不順 ・ なし

生理前後に、にきびがしやすいですか？ はい ・ いいえ

現在、妊娠してますか？ はい (月) ・ 可能性あり ・ いいえ

現在、授乳中ですか？ はい ・ いいえ

●アレルギーはございますか？

あり(薬 食べ物 花粉 その他())

なし

●お薬を飲んで眠くなったことがありますか？ はい ・ いいえ

●現在、治療中のご病気がある方は病名とお薬名をご記入ください。

病名 ()

お薬名 ()

お薬手帳持参 (あり ・ なし)

●当クリニックをどこでお知りになりましたか？

・ホームページ・ご家族、ご友人、知人(様)のご紹介

・お医者さんガイド ・ 看板 広告(JR / 電停 / バス)