

# 《ニキビ問診表》

月1回の通院は可能ですか？ \*はい \*いいえ

氏名 \_\_\_\_\_

問1 <女性の方へ> 当てはまるものに○をつけてください。

- \* 生理不順
- \* 生理前の症状悪化
- \* ピル内服中
- \* 便秘がちである
- \* ストレスがある

問2 <女性の方へ>

- ・ 現在妊娠の可能性はありますか。  
\* はい \* いいえ
- ・ 現在妊娠を希望していますか。  
\* はい \* いいえ
- ・ 現在授乳中ですか。  
\* はい \* いいえ

問3 現在使用されている洗顔石けんや化粧品の名称と洗顔方法を教えてください。

- \* 洗顔フォーム・石けん・スクラブ洗顔（ツブツブ入り）（ \_\_\_\_\_ ）
- \* 化粧品（ \_\_\_\_\_ ）
- \* 洗顔方法（ \_\_\_\_\_ ・手洗い \_\_\_\_\_ ・ブラッシング \_\_\_\_\_ ・その他 < \_\_\_\_\_ > \_\_\_\_\_ ）

問4 プロアクティブを使用して皮膚トラブルの経験はありますか。

- \* 使用したことがない
- \* 使用したがトラブルはない
- \* 使用して皮膚トラブルがあった  
内容（ \_\_\_\_\_ ）

問5 以前に医療機関で治療を受けられたことはありますか。

- \* はい \* いいえ

↓どのような治療を受けられましたか？○をつけてください。（複数可）

- \* 抗菌剤の内服薬
- \* 抗菌剤の外用薬
- \* 漢方薬
- \* ケミカルピーリング
- \* レーザー等の光治療
- \* ディフェリン
- \* ベピオゲル
- \* デュアック配合ゲル
- \* エピデュオゲル

↓効果はいかがでしたか？

[ \_\_\_\_\_ ]

※当院でのニキビの治療歴はありますか。

- \* はい（ \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月頃）
- \* いいえ

問6 治療費用について

- \* 保険適用の治療のみの希望
- \* 場合によっては保険外の治療でもいい
- \* 保険外の治療を希望