

ニキビの問診票

カルテ No. : _____

名前 : _____ 様

1. 日頃、お使いのスキンケアアイテムを教えてください。

例) 洗顔料、化粧水、乳液、美容液、クリーム、オイル、など

☆メーカー名もわかる範囲で、ご記入ください。

[_____]

2. 日頃、お化粧はされますか？ (はい ・ いいえ)

[はい]と答えられた方へ

・どのようなタイプのファンデーションですか？

パウダー・リキッド・クリーム・BBタイプ・その他 (_____)

・何で塗っていますか？ 指・スポンジ・ブラシ・その他 (_____)

・どのようなクレンジング剤を使われていますか？ ☆メーカー名もわかる範囲で、ご記入ください

固形タイプ・クリームタイプ・泡タイプ・オイルタイプ・ミルクタイプ・その他 (_____)

3. 紫外線を日常的に浴びますか？ (はい ・ いいえ)

[はい]と答えられた方は、どのような時に紫外線を浴びられるのかお教えてください。

例) 屋外でスポーツをしている、外回りの仕事をしている、など

[_____]

4. 日焼け止めを塗る習慣はありますか？ (はい ・ いいえ)

5. これまで使ってきたお薬を教えてください。

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

その他 (_____)

6. これまで、自費の治療は受けられたことはありますか？ (はい ・ いいえ)

[はい]と答えられた方は、どのような治療かお教えてください。

例) ピーリング、光治療、など

[_____]

7. 治療に対する考えをお聞かせください。 □にチェックをお願いいたします。

保険診療のみで治療を希望。

保険診療で効果が得られなければ、自費治療も試してみたい。

保険診療で効果が得られなかったので、自費治療を受けたい。

その他 (_____)