

(ふりがな)

男・女 体重 ( ) kg

氏名

生年月日 年 月 日  
満 ( ) 歳

住所 〒

電話番号 自宅/勤務先 - - 携帯電話 - -

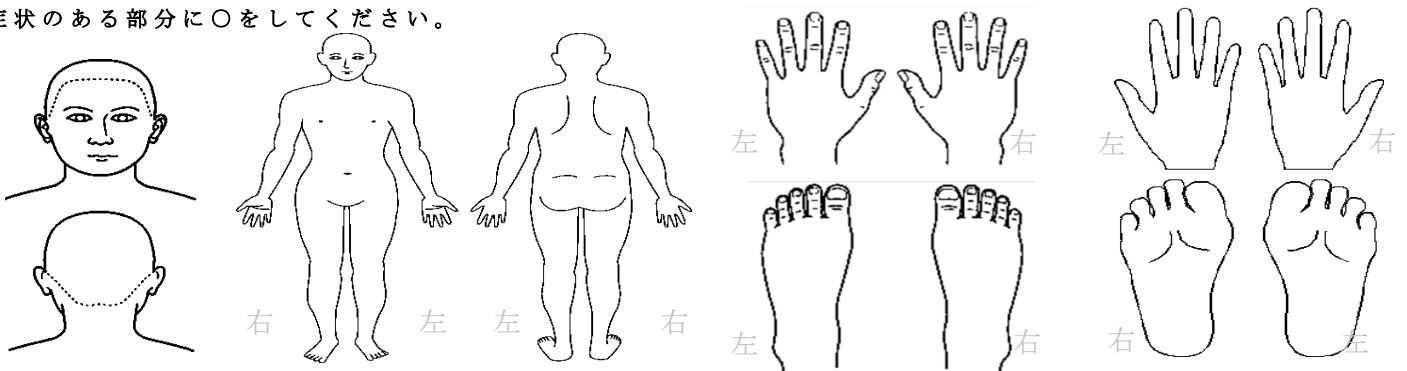
薬物アレルギーの有無	なし ・ ある：薬剤名 ( )
食物アレルギーの有無	なし ・ ある：種類 ( )
<b>●女性の方に</b> 現在妊娠している可能性はありますか？ はい (妊娠 週目) ・ いいえ 現在授乳中ですか？ はい ・ いいえ	

●本日はどのような症状で来院されましたか？

[ ]

●症状はいつ頃から出てきましたか？ ( )

・症状のある部分に○をしてください。



●今回のことでどちらか病院にかかりましたか？

(いいえ/はい : 病院) ( 科)

●既往歴 (病気、手術など)

なし・あり ( 歳 病名 : 手術 : )

●現在服用のお薬はありますか？ はい ・ いいえ

「はい」の方・・・お薬名 ( )

●感染症はありますか？ はい ・ いいえ

「はい」の方・・・B型肝炎・C型肝炎・梅毒・H I V (エイズ)

その他 ( ) ※感染症の方はご申告ください。

●当院へは、何がきっかけで来院されましたか？

通りがかり・近所・岩屋駅看板・JR三ノ宮駅看板・ホームページ

紹介 ( 様から)

# 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、お化粧品はされますか？ ( 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、自費診療も試してみたい。

保険診療で効果が得られなかったので、自費診療を受けてみたい。

その他 ( )