

ニキビ問診票

ふりがな

名前 _____ (歳)

■いつからお悩みですか？(_____)

■どこにできやすいですか？ 顔全体 ・ 額 ・ 頬 ・ 鼻 ・ フェイスライン ・ 背中 ・ その他(_____)

■これまでに使用したことのある方は、ニキビの薬を教えてください。

ダラシン (克林ダマイシン) ・ アクアム (ナゾ アキサシ) ・ ゼビアクス ・ デイフェリン (アダパレン) ・ ハピオ ・ デュアック ・ エピデュオ ・ イトトレニン
その他(_____)

その時副作用はありましたか？どんな症状でしたか？

(_____)

■女性の方にお尋ねします。生理不順はありますか？ 【 はい ・ いいえ 】

■喫煙されますか？ 【 はい ・ いいえ 】

■日焼け止めは塗っていますか？ 【 はい ・ いいえ 】

■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か教えてください。

(例)屋外でスポーツしている、外での作業、仕事をしている、など

(_____)

■日頃お使いのスキンケアアイテム・化粧品の商品名を教えてください。

☆クレンジング (_____)

種類：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(_____)

☆洗顔料 (_____)

種類： 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(_____)

☆化粧水 (_____) ☆乳液 (_____)

☆美容液 (_____) ☆クリーム (_____)

☆ファンデーション(_____)

種類： パウダー ・ リキッド ・ クリーム ・ BBタイプ ・ その他(_____)

塗り方： 指 ・ スポンジ ・ ブラシ ・ その他(_____)

■にきびに負担の少ないスキンケアアイテム・化粧品のご案内を希望しますか？ 【 はい・いいえ 】

■これまで自費治療は受けられたことがありますか？ 【 はい・いいえ 】

(はい)と答えられた方には、どのような治療が教えてください。またその治療の効果・副作用も教えてください。

(例)ピーリング 効果はあまりなく肌に合わなかった。

(_____)

■近いうちに控えているイベント・挙式・写真撮影・旅行の予定はありますか？ 【 はい・いいえ 】

(はい)と答えられた方は、時期と内容をご記入下さい。(_____ 月 _____ 日頃に _____ がある)

■今後の治療に対するお考えをお聞かせください。

保険治療のみで希望

保険治療で効果が得られなければ、自費診療も試したい。

保険診療で効果が得られなかったため、自費診療を受けてみたい。

その他、相談して決めたい。(_____)

■自費診療をお考えの方に質問です。

どのくらいの金額を1か月で施術にあてられますか？ (_____ 円くらい)