

(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 - -

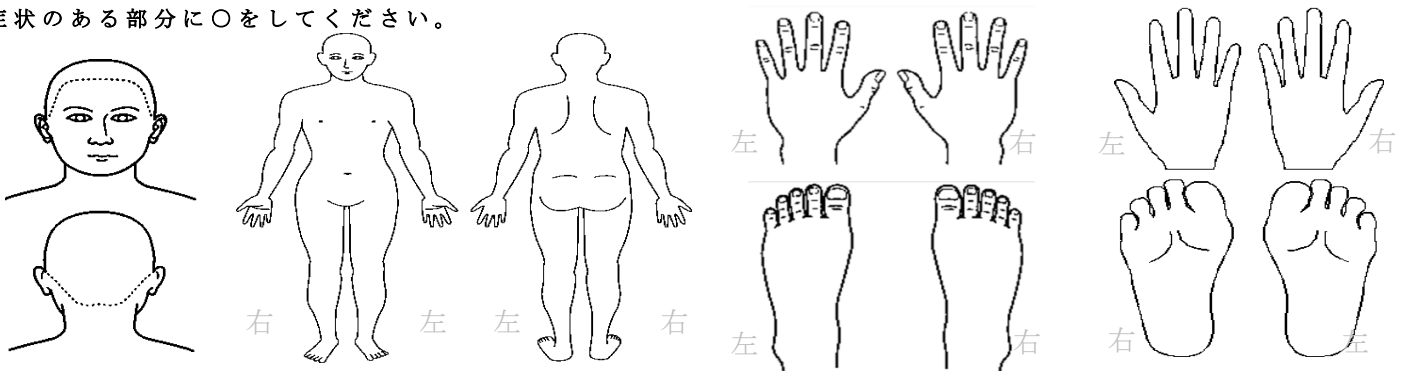
薬物アレルギーの有無	なし ・ ある：薬剤名 ()
食物アレルギーの有無	なし ・ ある：種類 ()
<p>● 女性の方に 現在妊娠している可能性はありますか？ はい (妊娠 週目) ・ いいえ</p> <p>現在授乳中ですか？ はい ・ いいえ</p>	

● 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・阪神岩屋駅看板・JR 三ノ宮駅看板・JR 摩耶駅看板

阪急王子公園看板 坂バス・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 ()