

ニキビの患者さんへ 次の質問にお答え下さい

1. ニキビが気になる部位はどこですか？  
 ① 顔                      ② 胸                      ③ 背中                      ④その他 (                      )
2. いつからニキビが出来始めましたか？
3. 今まで他医院でニキビ治療を受けられたことはありますか？  
 ・ ない  
 ・ ある      飲み薬：  
                  つけ薬：
4. 現在、治療中ですか？（ビタミン剤などの内服をしている方は書いて下さい）  
 ・ いいえ  
 ・ はい      飲み薬：  
                  つけ薬：
5. 洗顔石鹸は何を使っていますか？ 1日に何回洗顔しますか？  
 ・ 石鹸名：                      回数：                      回/日
6. スキンケア及びお化粧品について教えてください  
 （商品名や会社など、わかる範囲で結構です）

	朝	夜
化粧水		
乳液		
クリーム		
ファンデーション		
日焼け止め		
クレンジング		
その他		

7. 胃は弱いですか？                      ( はい ・ いいえ )
8. 甘い物はよく食べますか？                      ( はい ・ いいえ )
9. 便秘がちですか？                      ( はい ・ いいえ )
10. お酒は飲みますか？                      ( はい ・ いいえ )
11. タバコは吸いますか？                      ( はい ・ いいえ )
12. ストレスはありますか？                      ( はい ・ いいえ )
13. 夜寝るのは遅いですか？                      ( はい ・ いいえ )
14. 今まで薬のアレルギーはありますか？                      ( はい ・ いいえ )
15. 女性の方へ
  - 1 >> 生理との関係はありますか？                      ( はい ・ いいえ )
  - 2 >> ピルを飲んだことはありますか？                      ( はい ・ いいえ ・ 現在内服中 )
  - 3 >> 体力はある方ですか？                      ( はい ・ いいえ )
  - 4 >> 次のような症状はありますか？
    - ・ 生理痛                      ( はい ・ いいえ )
    - ・ 生理不順                      ( はい ・ いいえ )
    - ・ 冷え性                      ( はい ・ いいえ )
    - ・ 肩こり                      ( はい ・ いいえ )
    - ・ 頭痛                      ( はい ・ いいえ )
  - 5 >> 現在、妊娠中又は妊娠を希望している                      ( はい ・ いいえ )
  - 6 >> 今、授乳中ですか？                      ( はい ・ いいえ )