

フリガナ
ご氏名

1. 今までのニキビ治療について

皮膚科での治療 あり ・ ない

ある方 → 薬剤名がわかる方は記載をお願いします

抗生剤の外用剤 (ダラシン ・ アクアチム ・ ゼビアックス ・ テラコートリル ・
その他)

角質ケア外用剤 (ディフェリン ・ アダパレン ・ ベピオ ・ エピデュオ ・ デュアック)

その他 外用剤 ()

抗生剤の内服 (ミノマイシン ・ ビブラマイシン ・ クラリス ・ ルリッド ・ クラビット ・
その他)

ビタミン剤内服 (ビタミン B2 ・ ビタミン B6 ・ ビタミン C ・ その他)

漢方の内服 ()

その他内服 ()

その他の処置 (ケミカルピーリング ・ レーザー治療 ・ その他)

2. 便秘 あり ・ ない あり方 → 内服 あり () ・ ない

3. 食事について 油っぽいもの 多い ・ ふつう ・ 少ない
甘いもの 多い ・ ふつう ・ 少ない

4. 睡眠時間 (時間 ・ 時 分 ~ 時 分ぐらい)

5. スキンケアについて

朝 → 洗顔 あり (水のみ ・ 洗顔料使用) ・ なし

保湿剤使用 あり (化粧水 ・ 乳液 ・ その他) ・ なし

日焼け止め あり (SPF) ・ なし

ファンデーション あり (リキッド ・ パウダー ・ その他) ・ なし

夜 → クレンジング あり (オイル ・ ジェル ・ クリーム ・ その他) ・ なし

洗顔 あり (水のみ ・ 洗顔料使用) ・ なし

保湿剤使用 あり (化粧水 ・ 乳液 ・ その他) ・ なし

その他パックなど ()

6. 女性の方へ 月経（生理）について（当てはまるものに○をつけてください）

月経前のニキビの増悪 ・ 生理不順 ・ 生理痛 (ひどい ・ かるい) ・ 肩こり ・ 月経前のいらいら

ご記入ありがとうございました。初診時間診票と一緒に受付にご提出ください。