

ニキビ問診票

(貝が森皮膚科)

診察券 No. _____ お名前 _____ 様 歳 _____ 男・女 _____

1. これまでに使ったことがある外用薬を○で囲んでください。

| | | | |
|-----------------|-------------|-------------|---------|
| ディフェリンゲル | アダパレンゲル | ベピオゲル | デュアックゲル |
| ダラシンゲル | ダラシンローション | クリンダマイシンゲル | |
| アクアチームクリーム | アクアチームローション | ナジフロクリーム | |
| ナジフロローション | ゼビアックスローション | 硫黄カンフルローション | |
| その他(薬剤名: _____) | | | |

2. これまでに使ったことがある内服薬を○で囲んでください。

抗生剤: ミノマイシン ビブラマイシン クラリス ルリッド その他(_____)
 ビタミン剤(薬剤名: _____) 漢方薬(薬剤名: _____)

3. これまでに使った薬の治療効果はどうでしたか?

効果があった薬 (薬剤名: _____)
 効果がなかった薬 (薬剤名: _____)
 副作用があった薬 (薬剤名: _____) 副作用: 発赤・ヒリヒリ・痒み

4. これまでにニキビが悪化した原因で思い当たるものを○で囲んでください。

睡眠不足 ストレス(例: _____) 食べ物(甘いもの・油っこいもの・辛いもの)
 洗顔 化粧 月経(前・中・後) 便秘 その他(_____)

5. よく食べるもの・飲むものを○で囲んでください。

チョコレート (1週間に _____ 回食べる)
 アイスクリーム (1週間に _____ 回食べる)
 牛乳 (1日に _____ cc 飲む)
 炭酸飲料・清涼飲料水・缶コーヒー・ペットボトルの紅茶 (1日に _____ cc 飲む)
 スポーツドリンク (1日に _____ cc 飲む)
 アルコール (1週間に _____ 回, 種類: _____ を1日 _____ cc)
 アメ グミ クッキー 和菓子 洋菓子 菓子パン
 ヨーグルト チーズ ファーストフード ポテトチップス

6. 月経についてお答えください。当てはまるものに○をつけてください。(女性のみ)

月経量(多・普通・少) 月経周期(_____)日 出血期間(_____)日間
 初経(_____)歳 月経痛 月経不順 血のかたまり おりもの ピル使用

7. 「ノンコメドジェニックテスト」について (知っている・知らない)

8. 使用したことがあるスキンケア用品 (クレアラシル プロアクティブ NOV)