

ID _____

R 年 月 日

ニキビ問診票

お名前 _____

- ・いつ頃からニキビが出てきましたか _____ 歳頃

- ・今まで皮膚科でニキビ治療をしたことがありますか (はい ・ いいえ)
→「はい」と答えた方 使用したことのある薬剤に○をしてください
〔デュアック ・ ベピオ ・ ディフェリン (アダパレン) ・ ダラシン ・ アクアチム ・ ゼビアックス
イオウカンフルローション ・ ビタミン剤内服 ・ 抗生物質内服 ・ 漢方内服 ・ ケミカルピーリング
レーザー治療 ・ その他 () 〕

- ・使用薬剤で赤みやかゆみなどの皮膚トラブルが起こったことがありますか (はい ・ いいえ)

- ・スキンケアについて、当てはまるものに○をしてください
洗顔回数 1日 (0回 ・ 1回 ・ 2回 ・ 3回以上)
洗顔方法 (水 ・ ぬるま湯 ・ お湯)
洗顔料 (使う ・ 使わない)
洗顔後に使用しているもの
〔化粧水 ・ 乳液 ・ 美容液 ・ 保湿ジェル ・ 保湿クリーム ・ オイル
オールインワンジェル ・ パック ・ その他 () 〕
睡眠時間 約 時間 (時 ~ 時)

- ・女性の方、当てはまるものに○をしてください
 - ・ 月経について (月経前のニキビの悪化 ・ 生理不順 ・ 生理痛 (重い ・ 軽い))

 - ・メイクで使用しているもの
〔パウダーファンデ ・ リキッドファンデ ・ クッションファンデ ・ BBクリーム
CCクリーム ・ コンシーラー ・ 日焼け止めクリーム ・ 日焼け止めローション〕

 - ・メイク落としで使用しているクレンジング
〔オイル ・ ジェル ・ クリーム ・ ふき取り化粧水 ・ 使用していない〕
〔その他 () 〕

- ・ノンcomedジェニックを知っていますか (はい ・ いいえ)

- ・ニキビ肌にも負担の少ないスキンケア用品やファンデーションに興味がありますか (はい ・ いいえ)

以上になります、ご記入ありがとうございました