

<ニキビ初診アンケート>

これまでの経過や使用しているスキンケア用品・化粧品について、お答えいただける範囲でかまいませんのでご記入をお願いいたします。

- いつごろから症状が出ていますか。 (歳頃から) (日・週・ヵ月前から)
- 場所はどこですか。 顔・胸・背中・そのほか ()
 - 洗顔は1日 () 回 洗顔フォーム・固形石鹸
 - クレンジング剤のタイプは オイル・ジェル・クリーム・ミルク・シート
 - スキンケア・メイク用品で使用しているものに○をつけてください。
化粧品・美容液・乳液・クリーム・そのほか ()

※可能な範囲でメーカーもお知らせください→ ()

- ファンデーション (パウダー・リキッド・クッション・クリーム)
- ノンコメドジェニックの製品を 選んでいる・選んでいない・わからない
- 女性の方は 生理不順 あり・なし
- タバコを吸いますか。 吸う・吸わない
- 便秘 あり・なし
- これまで他の病院でニキビ治療をしたことはありますか。 ある・ない
治療をしたことのある方は、使ったことのある薬に○をつけてください。

<外用薬>

ダラシンTゲル・ローション、アクアチムクリーム・ローション、
ゼビアックスローション、ニゾラルクリーム・ローション
ディフェリンゲル、ベピオゲル、デュアック配合ゲル、エピデュオゲル
そのほか ()

<内服薬>

ミノマイシン、ルリッド、ビブラマイシン
漢方薬 (名称がわかれば)、ビタミン剤
そのほか ()

<自費診療>

ピーリング、イオン導入、そのほか ()

- 以下であてはまるものがあれば○をつけてください。
 - 今まで合わないニキビの薬があった。(ある場合は薬剤名→)
 - 今あるニキビが治れば良い。
 - これからもニキビの出来にくいお肌を目指したい
 - 重要なイベント等を控えている (卒業式・入学式、結婚式、パーティー、就職など)

ご協力ありがとうございました。