

にきびの間診票

名前 _____

下記の質問にお答えください。□部にはレ点を入れてください。

1. いつ頃からにきびが始まりましたか？

()年前から ()ヶ月前から ()週間前から
()日前から ()才から その他()から(例：中学生)

2. にきびのある場所はどこですか？

顔 首 胸 背中 腕 その他 ()

3. かゆみ・痛みはありますか？

かゆい 痛痒い 痛い 症状なし

4. にきびのどんなところが気になりますか？

赤味 盛り上がり 黒ずみ ニキビ跡(へこみ)
ニキビ跡(盛り上がり) その他()

5. にきびはどんな時悪くなりますか？

ストレス 睡眠不足 汗をかいた時 生理前(女性) その他()

6. 次の生活習慣・状態はありますか？

便秘 喫煙 ニキビを手でさわる・かく リキッドファンデーションの使用

7. 1日に何回洗顔していますか？

0回 1回 2回 3回 その他 ()

8. (女性の方へ) 生理は毎月規則的にありますか？

規則的にある あるが不順である 生理はない

9. 市販のにきび薬やニキビケア製品を使ったことはありますか？

なし ・ あり→ プロアクティブ その他(薬剤名:)

10. 医療機関でにきび治療をしたことはありますか？

なし ・ あり→薬剤名(現在使用中のものにレ点を入れてください。)

※よくわからない方はお薬手帳や薬の説明の紙などを見せてください。

内服薬 ミノマイシン ルリッド ファロム クラビット
漢方薬→十味敗毒湯 その他漢方薬()
その他() 不明

外用剤 ダラシンTゲル ダラシンTローション
アクアチムクリーム アクアチムローション
ゼビアックスローション イオウカンフルローション
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
その他() 不明

その他 ケミカルピーリング→グリコール酸乳酸サリチル酸
その他()

IPL
レーザー→フラクショナルレーザーその他()
その他() 不明

ご記入ありがとうございました。