

ニキビの患者さんへ 次の質問にお答え下さい

1. ニキビが気になる部位はどこですか？
① 顔 ② 胸 ③ 背中 ④ その他()
2. いつからニキビが出来始めましたか？
()
3. 今まで他院でニキビ治療を受けられたことはありますか？
また、合わなかった薬があれば教えて下さい。
・ない
・ある
 飲み薬:()
 つけ薬:()
 合わなかった薬:()
4. スキンケアについて教えてください。
(商品名や会社など、わかる範囲で結構です)

洗顔石鹸	
化粧品	
乳液	

5. 胃腸は弱いですか？ (はい ・ いいえ)
6. 便秘がちですか？ (はい ・ いいえ)
7. ストレスはありますか？ (はい ・ いいえ)
8. 夜寝るのは遅いですか？ (はい ・ いいえ)
9. 今まで薬のアレルギーはありますか？ (はい ・ いいえ)

以下は女性の方へ

1. 生理前後で症状はひどくなりますか？ (はい ・ いいえ)
2. ピルを飲んだことはありますか？ (はい ・ いいえ ・ 現在内服中)
3. 体力はある方ですか？ (はい ・ いいえ)
4. 次のような症状はありますか？
・生理痛 (はい ・ いいえ)
・生理不順 (はい ・ いいえ)
・冷え性 (はい ・ いいえ)
・肩こり (はい ・ いいえ)
・頭痛 (はい ・ いいえ)
5. 現在、妊娠中又は妊娠をしている (はい ・ いいえ)
6. 今、授乳中ですか？ (はい ・ いいえ)

