

問診票(ニキビ患者様用)

年 月 日

氏名 () 歳 男・女

朝のスキンケア

- ・洗顔: しない ・ する (固形せっけん ・ クリーム ・ 泡 ・ オイル ・ その他)
- ・化粧水: しない ・ する
- ・保湿: しない ・ する (乳液 ・ クリーム ・ 美容液 ・ その他)
- ・日焼け止め: しない ・ する (具体的に SPF: PA:)

夜のスキンケア

- ・クレンジング洗顔: しない ・ する (ミルク ・ クリーム ・ 泡 ・ オイル ・ その他)
- ・洗顔: しない ・ する (固形せっけん ・ クリーム ・ 泡 ・ オイル ・ その他)
- ・化粧水: しない ・ する
- ・保湿: しない ・ する (乳液 ・ クリーム ・ 美容液 ・ その他)

メイク

- ファンデーション: しない ・ する (リキッド ・ パウダー ・ お粉)
- コンシーラー: しない ・ する

ひげそり/お顔そり しない ・ する (カミソリ ・ 電気シェーバー)

これまでのにきび治療

- したことがない
- したことがある: いつ頃 ()
- どのような治療: 内服 ・ 外用 ・ レーザー ・ ケミカルピーリング ・ その他 ()
- これまでの治療でかぶれや腫れなどのトラブルがありましたか?
: なかった ・ あった (具体的に:)

嗜好品 : 甘いもの ・ 油もの ・ ファーストフード ・ スナック菓子 ・ その他 ()

睡眠時間 時間

運動・部活など ()

ストレス ない ・ ある (具体的に:)

とくに相談したいこと ()

ご協力ありがとうございました。ご記入いただいた内容は診療の範囲内のみの使用とさせていただきます。
なかぞのスキンクリニック博多