

氏名

生年月日

診察券No.

ニキビに関して伺います	
1. ニキビが気になりだしたのはいつ頃ですか？	
2. 市販のニキビ治療薬を使ったことがありますか？ (1) 治療薬を使ったことがある方は品名を教えてください。 (2) その治療薬の使用期間を教えてください。 (3) その治療薬を使用して、効果はいかがでしたか？	はい いいえ
3. ニキビ治療で受診したことがありますか？ (1) どのクリニックですか？ (2) どのような治療内容でしたか？ (3) 抗生物質を使用した方に伺います。副作用を感じましたか？	はい いいえ
日常生活に関して伺います	
4. 洗顔に関して伺います。 (1) 1日に何回洗顔しますか？ (2) 洗顔の際、洗顔料は使いますか？ → 洗顔料を使う方は品名等わかる範囲で教えてください。 → その洗顔料を使用して、効果はいかがですか？	朝のみ 夜のみ 朝と夜 使う 使わない ある ない
5. 月経周期は順調ですか？	はい いいえ
6. タバコは吸っていますか？ → 吸う方はどの程度吸いますか？	はい いいえ
7. 睡眠時間は毎日何時間くらいですか？	
8. お仕事で調理に携わったり、調理場に入られたりしますか？	はい いいえ
9. 食生活に関して伺います。 (1) 1日平均何食ですか？ (2) 規則正しく食事を摂っていますか？ (3) 自炊していますか？ (4) 野菜は充分摂れていますか？ (5) 水分は充分摂れていますか？ (6) 甘いものはよく食べますか？	はい いいえ 時々 はい いいえ 時々 はい いいえ 時々 はい いいえ 時々 はい いいえ 時々
ご自身とご家族に関して伺います	
10. ご自身とご家族で糖尿病の方はいらっしゃいますか？	はい(自分・家族) いいえ
11. ニキビ治療に関してのご希望があれば教えてください。 (月に何回程度来院できるか、治療方法などお書き下さい)	