

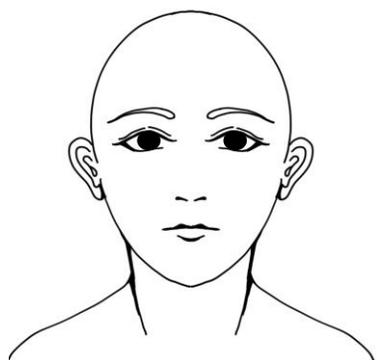
にきび治療をご希望の方へ

問 診 票

氏名： _____

診察時に使用いたしますので、問診票のご記入をお願いいたします。

1. 主にどの部分に
にきびが見られますか？
○等で印を付けてください。



その他の部位 ()

2. これまでに医師ににきびの診察・治療を
受けたことはありますか？

はい・いいえ

… はいの方はどのような治療でしたか？

のみ薬 () を
ぬり薬 () を
() か月間

3. 普段の生活でにきび対策をしていますか？

はい・いいえ

… はいの方は具体的にどのような対策を
取られていますか？

洗顔 ()
ぬり薬 ()
のみ薬 ()
その他 ()

4. 今日の診察で希望されるものは？

(ご希望があるものは○を付けてください。)

- ① ぬり薬
- ② のみ薬
- ③ 石けん・クレンジングオイルのサンプル
- ④ にきび用あるいは低刺激性の石けん・クレンジングオイルの購入
- ⑤ 漢方薬による治療
- ⑥ フォトフェイシャルにより赤ら顔治療の説明・予約
- ⑦ ビタミンCローションによる肌質改善
- ⑧ まずは保険診療の治療を受けたい
- ⑨ 低刺激性の下地、日焼け止めの購入
- ⑩ ピーリング治療
- ⑪ にきび跡のしみの治療
- ⑫ その他 ()
- ⑬ 必要な治療は全て受けたい

ご協力ありがとうございました。



まゆずみ皮膚科