

問診票

ふりがな		男・女	年齢	歳
氏名		生年月日	T・S・H・R 年 月 日	
住所	〒 (-)			体重 kg
電話番号	自宅: 携帯:		職業	

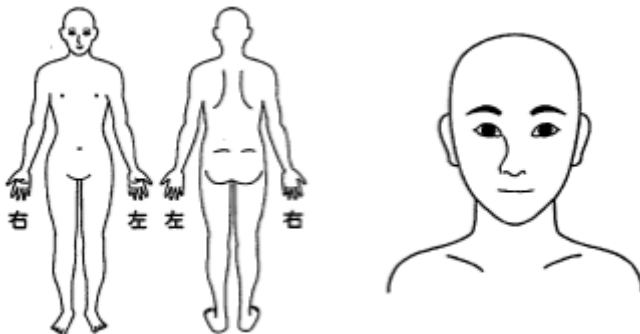
1. 症状が出たのはいつごろからですか？

()年()月()日ごろからある。

2. どのような症状ですか？

かゆい いたい その他 ()

3. 部位はどこですか？(図に書いて下さい)



4. 上記の症状でこれまでに治療を受けられたことはありますか？ いいえ はい

はいの方 → 病院名 () ※お薬手帳があれば
治療 () ご提示願います。

5. 現在治療中の病気はありますか？ いいえ はい

高血圧 糖尿病 心臓病 肝臓病 腎臓病 喘息 花粉症
その他 ()

6. アレルギーをお持ちですか？ いいえ はい

薬剤 () 食物 ()
その他 ()

7. 女性の方で該当される方のみご記入ください。

現在妊娠している (ケ月) 妊娠する予定がある 授乳中

8. 来院のきっかけは？(複数回答 可)

知り合いにすすめられて インターネットを見て プライムツリーに来てみて知った
以前から来ている 看板を見て (どこの?)

9. 来院手段は？ (車 _____分・公共交通機関 / 自転車 / 徒歩)

★ニキビ治療の方は2枚目もご記入ください

【自費診療をご希望の方はこちらもご記入ください。】

1. どのような症状に対して診察をご希望されますか？

しみ そばかす しわ ニキビ跡 くすみ ピアス まつげ
毛穴の開き 赤ら顔(酒さ) 男性型脱毛(AGA)

2. どのような治療に興味がありますか？

外用(トレチノイン、ハイドロキノン、メトロナゾール) 内服(肝斑、AGA)
注射(プラセンタ、にんにく) ピーリング レーザー治療
化粧品(ゼオスキン、ガウディスキン、セルニュー、高濃度ビタミンC、
トラネキサム酸ローション、アスタキサンチン、ラシャスリップス)

1.これまでに受けたニキビ治療にチェックをしてください。

- ディフェリンゲル →刺激は 強い 軽度orなし かぶれた
エピデュオ →刺激は 強い 軽度orなし かぶれた
ベピオゲル →刺激は 強い 軽度orなし かぶれた
デュアック配合ゲル →刺激は 強い 軽度orなし かぶれた
ダラシンTゲル/ローション
アクアチムクリーム/ローション
ゼビアックスローション
抗生剤の内服（ルリッド・ビブラマイシン・ミノマイシン・ファロム・その他_____）
漢方薬の内服（十味敗毒湯・荊芥連翹湯・清上防風湯・加味逍遙散・その他_____）
ケミカルピーリング
医療機器を用いた施術（例：クリアタッチS、フォトフェイシャル、レーザーなど_____）
その他（_____）

2.日常生活についてお聞きします。

- 生活は 規則正しい 不規則 時期による
食事は バランスよく食べている 偏食気味 その日による
ストレスは 多い 普通 あまりない
喫煙は 現在喫煙中 喫煙していたが禁煙中 なし
ニキビを触る癖 よく触る 時々触る 触らない
幼少期より扁桃炎、中耳炎、副鼻腔炎などの化膿性炎症が ある ない

3.女性の方にお聞きします。

- 妊娠・授乳について 妊娠していない 妊娠（_____）ヵ月 授乳中
月経周期 規則正しい 不規則である
月経とニキビの関連 月経前に悪化 月経中～月経後に悪化 関連なし
冷え性について 年中冷え性 冬だけ冷え性 なし
便秘について あり→（_____）日に1度程度 なし
立ちくらみや倦怠感 よくある たまにある なし
洗顔について：クレンジングは オイル クリーム ジェル 使用しない
ファンデーションは：リキッド パウダー BBクリーム 使用しない

4.希望されるニキビ治療について

- 保険診療希望
自費診療希望（ケミカルピーリング・その他_____）
どちらでもよいor医師と相談の上決めたい

赤池エンゼル皮ふ科