

【ニキビ受診の方へ】

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/クリーム
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. 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

【自費診療をご希望の方はこちらもご記入ください。】

★自費診察初診料2,200円/自費再診料1,100円（保険適用外です）

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 肝斑 しわ ニキビ跡 くすみ ピアス
毛穴の開き 赤ら顔（酒さ） まつげ 薄毛治療 多汗症

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、メトロニダゾール） 内服（肝斑、薄毛）
注射（プラセンタ、にんにく） ケミカルピーリング マッサージピール
ハイドラフェイシャル イオン導入 レーザー治療 ボトックス
化粧品（ゼオスキン、ガウディスキン、リビジョン、セルニュー、ビューティフルスキン）

3. 今までに受けたことのある施術、使用したことのある化粧品を教えてください。

)

赤池エンゼル皮膚科