

## 問診票《ニキビの方用》

問1) 何歳からできましたか	(         ) 歳
問2) 今までの治療法は	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 未治療</li> <li>・ 薬局で(市販薬、その他:                    )</li> <li>・ 病院 内服 (ビタミン剤/抗生剤/ 漢方/わからない)</li> <li style="padding-left: 40px;">外用(レチノイド/イオウ/抗生 剤/わからない)</li> </ul>
問3) 顔は一日 ⇒ 何を使って ⇒ 何で           ⇒	(         ) 回洗う (クレンジング/洗顔フォーム/石鹸) (水/ぬるま湯/お湯) で洗う
問4) 化粧       ⇒ どれを       ⇒	フルメイク ( 毎日/時々 ) する 化粧水/乳液/クリームを使う
問5) 食事は	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ ( 規則正しい/不規則 )</li> <li>・ 野菜/チョコレート/ピーナッツ/ コーヒー/ (その他:                    )</li> </ul> が好み
問6) 便秘は	( ある/なし )
問7) 月経は	( 順調/不順 )
問8) 睡眠時間は	(         ) 時間くらい
問9) 特に気になるのは	

お名前: \_\_\_\_\_

\*\* えのもとファミリークリニック \*\*