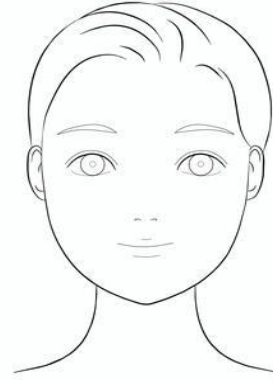


(ニキビ跡)

氏名

○いつ頃からニキビが出てきましたか
_____歳頃から / _____ヶ月前から

○お悩み箇所に印をつけて下さい



○今まで皮膚科でニキビ治療をした事がありますか (はい ・ いいえ)

→ 「はい」と答えた方使用した事のある薬剤に○をして下さい

【塗り薬】デュアック・ベピオ・ディフェリン (アダパレン) ・ダラシン・アクアチム
ゼビアックス・イオウカンフルローション

【飲み薬】ビタミン剤内服・抗生物質内服・漢方内服

【美容施術】ケミカルピーリング・イオン導入・フラクショナルレーザー・Vビーム
その他 (_____)

○使用薬剤で赤みや痒み等の皮膚トラブルが起こった事がありますか (はい ・ いいえ)

→ 「はい」と答えた方は症状の出た薬剤名を記入して下さい (_____)

○アレルギーはありますか (はい ・ いいえ)

→ 「はい」と答えた方は具体的に (_____)

○平均睡眠時間 約 _____ 時間

○月経について (月経前のニキビの悪化 ・ 生理不順)

○便秘はありますか (はい ・ いいえ)

○ご希望の治療に○をして下さい

・ 保険治療

・ 自費治療 (説明を聞いてみたい ・ 治療希望)

【飲み薬】イソトレチノイン ・ ビタミン剤

【美容治療】 ピーリング ・ イオン導入 ・ アクネフォト

Vビーム ・ インフィニ ・ フラクショナルレーザー

○その他ご質問やご興味のある治療についてご記入下さい。