

ニキビ(尋常性ざ瘡) 問診票

日付	年 月 日
名前	
ID	

- ◎ニキビが出たのはいつ頃ですか？ ()
- ◎ニキビが最もひどかったのはいつ頃ですか？ ()
- ◎今までニキビで医療機関を受診したことがありますか？ (ある ・ ない)
- ◎過去(あるいは現在)に下記の薬・治療方法を行ったことはありますか？
また効果と副作用についてそれぞれ○をつけて下さい。

	効き目について				副作用について	
	とても効いた	少し効いた	全く効かなかった	使ったことがない	副作用はなかった	副作用があった
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)					()	()
ディフェリン (アダパレン)					()	()
プロアクティブ (日本製)					()	()
プロアクティブ (米国製)					()	()
ベピオゲル					()	()
エピデュオゲル					()	()
ゼビアックスローション					()	()
ニキビの治療目的での ケミカルピーリング					()	()
内服の抗生物質 名前()					()	()
名前()					()	()

- ◎上記の薬・治療方法以外で服用したことのある薬・治療方法等がありますか？
ある (名前：)
ない

◆ 女性の方への質問です ◆

- ◎あなたのニキビは生理周期に関係ありますか？
生理前に悪化する ・ 生理中に悪化する ・ 生理後に悪化する ・ 生理周期には無関係
- ◎低用量ピル(もしくは中用量ピル, 超低用量ピル)を使用した経験はありますか？
現在内服している (名前：)
過去に内服していた (名前：)
内服した経験がない