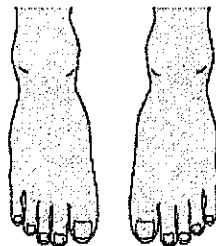
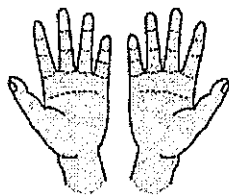
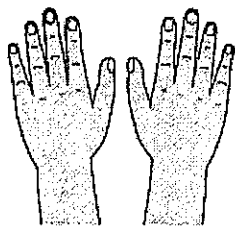
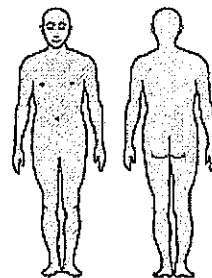
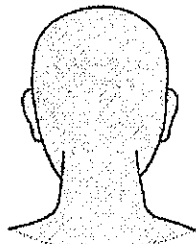
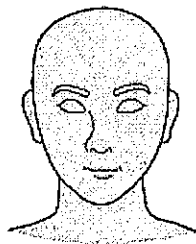


| | | |
|---------------|---------------------|--------------|
| ご住所： | | |
| ふりがな： お名前： | 生年月日 大・昭・平 年 月 日 | (歳) 職 業： |
| | 携帯電話： | 紹介者名： |

1. 今まで、薬・注射のアレルギーや喘息はありますか？ (はい・いいえ)
 ある場合、薬の名前と症状を分かる範囲でご記入ください
 ()
2. 過去に大きな病気をされたことがあれば、ご記入ください
 ()
3. 現在妊娠中ですか？ (はい・いいえ)
 「はい」に○をした方、自宅で妊娠反応検査は陽性でしたか？ はい ・ いいえ
4. 現在授乳中ですか？ (はい・いいえ)
5. いつからどのような症状がありますか。
 いつから ()
 症状 (ニキビ ・ アトピー ・ じんましん ・ 湿疹 ・ 円形脱毛 ・ できもの)
 その他 ()
 部位を○で囲んでください (絵に印をつけてください)



6. 上記の症状について今まで他の医療機関で治療を受けていれば、病名、治療内容を分かる範囲でご記入ください。
 ()
7. 皮膚科以外で現在治療中の病気はありますか？ (はい・いいえ)
 あれば、わかる範囲で記入してください。
 ()
8. 健康食品を含め、現在内服中のお薬はありますか？
 ()

※にきびの診察を希望される方は裏面もご記入ください。

ニキビ 問診票

これまでの治療

| 名 称 | 効果があった | 効果がなかった |
|--------------|--------|---------|
| ダラシンTローション | | |
| アクアチムローション | | |
| アクアチムクリーム | | |
| クリンダマイシンゲル | | |
| ベピオゲル | | |
| ディフェリンゲル | | |
| デュアック | | |
| ゼビアックスローション | | |
| エピデュオゲル | | |
| ルリッド (抗生剤) | | |
| ミノマイシン (抗生剤) | | |
| クラリス (抗生剤) | | |
| ビタミン剤 | | |
| その他 | | |

- 漢方薬
- ・十味敗毒湯
 - ・けい芥連翹湯
 - ・清上防風湯
 - ・桂枝茯苓丸
 - ・加味逍遙散
 - ・桂枝茯苓丸ヨクイニン

皮膚科治療で治らない方へ
低用量ピルによる治療も希望しますか

すぐ希望する 皮膚科治療でなかなか治らない時に希望する 希望しない

*すぐに希望される方最終月経日ご記入下さい。
(最終月経 月 日から 日間)

赤みなどが出てもアグレッシブに治療したいですか？

はい いいえ