

# ニキビ問診票

1) 今まで医療機関でニキビを治療したことはありますか？

はい  いいえ

(はいの方のみ)使ったことがあるお薬をご記入ください

( )

2) 食事は3食きちんと摂っていますか

はい  いいえ

3) 生活は規則的ですか？

ある  ない

4) 最近は普段に比べて忙しいですか

忙しい  普段通り

5) 便秘気味ですか？

はい  いいえ

5) お酒は好きですか？

はい  いいえ

普段の肌のお手入れについてお聞きします。

6) 洗顔は何を使っていますか

水または湯だけ  洗顔フォーム  固形石鹸  その他( )

7) 基礎化粧品を使いますか

はい  いいえ

(はいの方のみ)基礎化粧品で使っているものを選択してください

化粧水  乳液  クリーム  その他( )

8) 日焼け止めクリームを使いますか

はい  いいえ

9) ファンデーションを使いますか？

はい  いいえ

(はいの方のみ)使っているファンデーションを選択してください

リキッド  クリーム  パウダー  その他( )

10) クレンジングを使いますか？

はい いいえ

(はいの方のみ)クレンジングで使用しているものを選択してください

ジェル オイル クリーム シート その他( )

11)本日の診察で特に希望されることがあればご記入ください

( )

※ご協力ありがとうございました。

本問診の雛形は、メルプWEB問診により提供されています。

【メルプWEB問診】で検索！ <https://monshin.melp.life/>

1問診あたりの時間を1/30に削減！

現在、無料体験を実施しています。

メルプにご興味のある方は、  
こちらからお問い合わせください。

電話:050-1751-1307

E-mail: [support@flixy.co](mailto:support@flixy.co)

