

ニキビ治療(自費診療)問診票

ふりがな

サンシャイン山口クリニック

氏名

身長 cm 体重 kg

住所〒

年齢 歳 性別 男 / 女

TEL

下記内容を確認し、同意していただきましたら□にレ点をつけてください

- ニキビ治療は全額自費診療(保険適用外)となります
- 診察のみでも初診料はかかります

同意しました

以下に該当する方は治療を受けられない場合があります

1. 15歳未満の方(骨端線が閉鎖する可能性があります)
2. タバコを吸われる方(相互作用で副作用が強くなるため、禁煙が必要です)
3. うつ病、統合失調症等の精神疾患を患っている方
4. 妊娠中、授乳中、または1年以内に妊娠の予定がある方
5. 女性でBMI(体重÷身長²乗)が25を超えている方
6. 女性で高血圧、高脂血症、肝腫瘍、耳硬化症、抗リン脂質抗体症候群、血栓性素因、肺高血圧症、心房細動を合併する心臓弁膜症、心内膜炎、悪性腫瘍の既往がある方
7. 女性で前兆(目の前が暗くなる、キラキラする、視野が狭くなる等)のある偏頭痛がある方、35歳以上で偏頭痛がある方
8. 女性で診断の確定していない異常性器出血がある方

※イソトレチノイン治療の場合 1.2.3.4 ホルモン治療の場合 1.2.4.5.6.7.8 に該当する方は、治療を受けられませんのでご注意ください。

※以下は女性の方に対する質問です。女性の方のみ教えてください。この後、男性と女性の両方に対する質問があります。

1.現在、結婚されていますか？	はい ・ いいえ
2.現在、妊娠中または授乳中ですか？	はい ・ いいえ
3.今後、妊娠を予定していますか？ はいの方は期間を選択してください。	はい ・ いいえ 1年以内 ・ それ以上又は未定
4.現在、生理不順はありますか？	はい ・ いいえ
5.不正出血(生理以外の出血)はありますか？	はい ・ いいえ
6.生理周期と最終生理日を記入してください。	生理周期 約 日間 最終生理 月 日～ 月 日
7.以前に他のホルモン薬、または経口避妊薬を使用したことがありますか？ はいの方は薬剤名と飲んだ期間を記入してください。	はい ・ いいえ (薬剤名と期間)

8.胸にしこりのようなものはありますか？	はい ・ いいえ
9.家族で乳癌と診断された方はいますか？ はいの方はどなたが診断されたか記入してください。	はい ・ いいえ (どなた)
10.偏頭痛はありますか？	はい ・ いいえ
11.ふくらはぎの痛み・むくみ、突然の息切れ、胸の痛み、激しい頭痛、めまい、失神、視力障害（目のかすみ）、舌のもつれなどがありますか？	はい ・ いいえ
12.血栓性静脈炎、肺血栓症、脳血管障害、不整脈、弁膜症、心内膜炎、狭心症にかかったことがありますか？	はい ・ いいえ
13.次に該当するものがありますか？あれば具体的に記入してください。 耳硬化症、抗リン脂質抗体症候群などの自己免疫性疾患、悪性腫瘍、溶血性貧血、血小板減少症、静脈瘤、高血圧症、糖尿病、高脂血症(脂質代謝異常)、脱水症、重症感染症、肝腫瘍、てんかん、ポルフィリン症、先天性血栓性素因、流死産の既往	はい ・ いいえ (具体的に)
14.妊娠をされたことはありますか？ はいの方は、妊娠中に高血圧、黄疸、持続的なかゆみ、ヘルペスがありましたか？	はい ・ いいえ (はいの方)
15.手術をされる予定がありますか？ また、最近手術をされましたか？	はい ・ いいえ

※以下は男性と女性の全ての方に対する質問です。

1.喫煙をしていますか？ はいの方はどれくらい吸いますか？	はい ・ いいえ 1日 _____ 本 _____ 年間
2.アルコールを飲みますか？(時々飲む場合を含めて) はいの方は何をどれくらい飲みますか？ (例)1日ビール 500ml を週に 3 日くらい	はい ・ いいえ (どれくらい)
3.過去に病気をしたことがありますか？ はいの方は病名を記入してください。	はい ・ いいえ (病名)
4.現在、何か病気にかかっていますか？ はいの方は病名を記入してください。	はい ・ いいえ (病名)
5.現在、医療機関やエステで脱毛をしていますか？	はい ・ いいえ
6.現在、使用している薬、サプリメントはありますか？ はいの方は薬、サプリメントを全て記入してください。 外用剤や健康食品、ビタミン類も含みます。	はい ・ いいえ (薬剤名)

7.薬に対するアレルギーはありますか？ はいの方は薬剤名を記入してください。	はい ・ いいえ (薬剤名)
8.薬以外でアレルギーはありますか？ はいの方は具体的に記入してください。 (例)ハウスダスト、金属アレルギー、花粉、日光等	はい ・ いいえ (具体的に)
9.今まで採血や注射で、気分が悪くなったり気を失ったりしたことはありますか？	はい ・ いいえ
10.日焼けをする仕事やスポーツ等をしていませんか？ はいの方は具体的に書いてください。	はい ・ いいえ (具体的に)
11.ケロイド体質と言われたことがありますか？	はい ・ いいえ
12.便秘、下痢等の症状はありますか？ はいの方は具体的に記入してください。 (例)毎日3回程度下痢をする。	はい ・ いいえ (具体的に)
13.精神病(うつ病等)と言われたことがありますか？ はいの方は具体的に記入してください。	はい ・ いいえ (具体的に)
14.ニキビはいつ頃からでき始めましたか？ (回答)	
15.ニキビが一番ひどかったのはいつ頃ですか？ (回答)	
16.治療したいと思っているニキビの場所はどこですか？ (回答)	
17.今まで受けた治療に○をしてください。薬剤名等わかる範囲で記入してください。 ①イオウローション ②クレアラシル等の薬局で市販されている外用剤 ③内服ビタミン剤 ④内服抗生剤(薬剤名) ⑤外用剤(薬剤名) ⑥漢方 (薬剤名) ⑦アキュテイン (病院、1日量、治療期間を具体的に) () ⑧レーザー、光治療、ピーリング (レーザーやピーリングの種類、治療回数) () ⑨その他の治療 ()	
18.ニキビ以外の肌の悩みはありますか？あれば記入してください。 (回答)	
19.治療に関してのご希望があれば記入してください。 (例)○○○という治療薬を使用したい、○月の結婚式までにどうしても治したい、など。	