

問診票(皮膚科・美容関係)

お顔の皮膚の治療と、スキンケアについてアドバイスさせていただきます。

当てはまる項目を○で囲んでください。1つの質問に複数チェックしても構いません。

1. 朝の洗顔について教えてください。

・朝の洗顔では、洗顔フォームや石鹸を使用しますか？

石鹸 ・ 洗顔フォーム ・ 使わない ・ その他()

・流すときは？ お湯 ・ 水 ・ ぬるま湯

・洗顔後の保湿ケアは何を使用していますか？使用する順番をご記入ください。使用しないものは×印を。

化粧水() ・ 乳液() ・ 美容液() ・ 保湿クリーム() ・ UVクリーム()

2. 夜の洗顔について教えてください。

・お化粧を落とすときは、どのタイプのクレンジングを使用していますか？

オイルタイプ ・ ミルクタイプ ・ クリームタイプ ・ ジェルタイプ ・ 2 in 1 タイプ ・ ふき取りシート

水で流す ・ お湯で流す ・ ティッシュでふきとる ・ その他()

・お化粧を落とした後、洗顔フォームや石鹸を使用しますか？

石鹸 ・ 洗顔フォーム ・ 使用しない ・ その他()

・流すときは？ お湯 ・ 水 ・ ぬるま湯

・洗顔するのはいつですか？ 入浴前 ・ 入浴中 ・ 入浴後

・入浴中とお答えした方にお聞きます。入浴中に洗顔するのはいつですか？

最初 ・ 洗髪の後 ・ シャワーの続きで洗う ・ シャンプー前にクレンジングをして、最後に洗顔している
その他()

・洗顔後の保湿ケアは何を使用していますか？使用する順番をご記入ください。使用しないものは×印を。

化粧水() ・ 乳液() ・ 美容液() ・ 保湿クリーム()

・ポイントメイクを落とすために、専用のクレンジングは使用しますか？ はい ・ いいえ

・しっかり洗わないと気が済まないほうですか？ はい ・ いいえ

・シャンプーするときの姿勢をお聞かせください。

上を向いて髪を後ろに流す ・ 下を向いて髪を前に流す ・ その他()

3. 診察・治療方針についてご希望をおしえてください。

現在症状のある部分のみ診てほしい(応急処置)

その他の部分も診てほしい(具体的に:)

医師の視点からの美容施術の提案があれば、説明を聞きたい

4. ステロイドの使用に関するご希望をお聞かせ下さい。

必要があれば使うのは構わない ・ なるべく使わないで治療したい ・ 絶対に使いたくない

裏面もご記入ください。

