

<問診票>

氏名(カタカナ) _____ 年齢 _____ 歳、男・女

1. いつからこの症状が始まりましたか。

2. 以下の事項を当てはまるものがあれば丸印を付けて、期間、回数をご記入ください。
 - 1) 使用薬剤：
外用剤(塗り薬)
ステロイド軟膏(ロコイド軟膏、キンダベート軟膏 など)
使用期間： _____ 年 _____ 月から _____ 年 _____ 月まで
大体の総使用量 _____ 本
プロトピック軟膏(タクロリムス軟膏)
使用期間： _____ 年 _____ 月から _____ 年 _____ 月まで
大体の総使用量： _____ 本
ロゼックスゲル(メトロニダゾールゲル)
使用期間： _____ 年 _____ 月から _____ 年 _____ 月まで
大体の総使用量： _____ 本
 - 2) 内服薬剤(飲み薬)
ミノマイシン 使用期間： _____ 年 _____ 月から _____ 年 _____ 月まで
ビブラマイシン 使用期間： _____ 年 _____ 月から _____ 年 _____ 月まで
フラジール 使用期間： _____ 年 _____ 月から _____ 年 _____ 月まで
3. 紫外線対策(日焼け止めクリーム使用) 有・無
4. 屋外スポーツ(ゴルフ、テニス、ジョギング、登山、釣り など)
頻度：週 _____ 回
5. 飲酒(ビール、ワイン、ウイスキー、焼酎 など)
頻度：週 _____ 回、1回の飲酒量：グラス・ジョッキ _____ 杯
6. 香辛料の入った食べ物
(カレー、キムチ、担々麺、火鍋、ラー油、シナモン入り、唐辛子入り など)
頻度：週 _____ 回
7. 激しい運動(ジムでのジョギング、ウエイトリフティング、ボクシング など)
頻度：週 _____ 回
8. ホットヨガ・サウナ 頻度：週 _____ 回
9. チョコレート 頻度：週 _____ 回
10. 熱い飲食物(味噌汁、火鍋 など) よく食べる・食べない

- 必要な患者様にはニキビダニの検査をすることがあります。
顔のぶつぶつをピンセットで摘まみます。
その際、少し痛みはあります。摘まんだ傷は一週間前後で治ります。