問診票（皮膚科・美容関係）

お顔の皮膚の治療と、洗顔やお化粧についてアドバイスさせていただきます。
当てはまる項目を〇で囲んでください。１つの質問に複数チェックしても構いません。

１．夜の洗顔について教えてください。

・お化粧を落とすときに、どのタイプのクレンジングをご使用になっていらっしゃいますか？
　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 type
　ふき取りシートを使う　・　水で流すお湯で流す　・　ティッシュでふきとる
　その他（　　）

・その後、洗顔フォームをご使用になりますか？　　使用する　・　使用しない

・石鹸をご使用になりますか？　　使用する　・　使用しない

・流すときは？　　お湯　・　水　・　ぬるま湯

・お顔をお風呂で洗われますか？　　はい　・　いいえ

・いいえの方にお聞きします。　　入浴前に洗顔する　・　入浴後に洗顔する

・お風呂で洗われる方の場合、最初に洗われますか。それとも洗髪の後に洗われますか？
　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（　　）

・洗顔の後、何を塗られますか？　順番をご記入ください。使用しないものは×印
　化粧水（　　）　・　乳液（　　）
　美容液（美容・保湿・アイクリームを含む）（　　）　・　保湿クリーム（　　）

・ポイントメイクを落とすのに特別なものをご使用になられますか？
　　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

２・朝の洗顔について教えてください。

・何で洗われますか？　　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

・洗顔の後、何を塗られますか？　順番をご記入ください。使用しないものは×印
　化粧水（　　）　・　乳液（　　）　・　美容液（　　）　・　保湿剤（　　）
　UVカット（　　）　・　下地クリーム（　　）

・ステロイドを使う治療について
　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　・　絶対使いたくない

以上です。ありがとうございました。

お名前＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　　№＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

お肌チェックシート

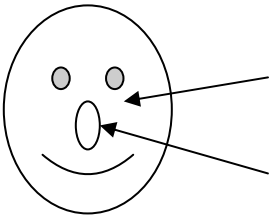
あなたのお肌の状態にチェックして下さい。

□乾燥肌　　□普通肌　　□混合肌　　□オイリー肌

□その他（　　）

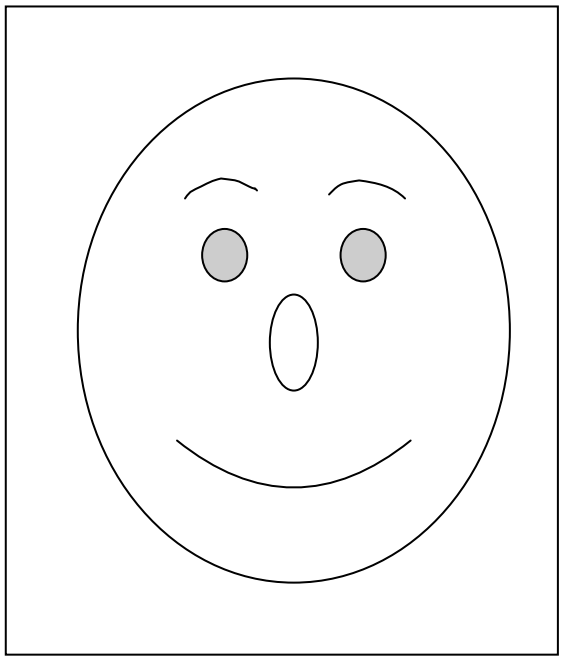
◎　どの部位がどのように気になるのか、ご記入下さい。

(例)



頬のシミが気になる

小鼻の毛穴が気になる



◎　ご自宅でのクレンジング・洗顔法をご記入下さい。

（例）ｸﾘｰﾑﾀｲﾌﾟのｸﾚﾝｼﾞﾝｸﾞを使用し、洗い流した後、洗顔ﾌｫｰﾑでﾀﾞﾌﾞﾙ洗顔

（　　）

◎普段のお手入れで気になる事がありましたら、ご記入下さい。

（　　）