

問診票（皮膚科・美容関係）

お顔の皮膚の治療と、洗顔やお化粧品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. 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。