

ニキビ&ニキビ痕改善プログラム 問診票

以下の該当箇所にチェックを入れ、必要事項をご記入ください。

現在ニキビができています。(年 月頃)

ニキビができています部位は(顔 首 胸 背中 その他[])

ニキビが繰り返してできる。

赤みのない、ざらざらしたぶつぶつがある。

赤色、茶色のニキビあとが気になる。

凸凹したニキビ痕が気になる。

肌色のくすみが気になる。

赤ら顔が気になる。

現在病院でニキビ治療を行っている。(外用剤[] 内服薬[])

現在市販薬でニキビ治療を行っている。(外用剤 内服薬[])

皮脂が出やすく、肌はあまり乾燥しない。

皮脂が出やすいが、肌は乾燥する。

皮脂が少なく肌が乾燥する。

洗顔の際は洗顔料を使用する。(朝 夜) (固形石鹸 洗顔フォーム 泡で出るタイプ その他)

洗顔の際は洗顔料を使用しない。

洗顔の際、温かいお湯で洗う。

洗顔の際、冷たい水で洗う。

洗顔後何もつけないでいると肌がとても乾燥する。

洗顔後何もつけないでいると一時的に肌が乾燥するが、しばらく経つと改善する。

洗顔後のスキンケアについて、使用しているものを教えてください。

朝：化粧水 乳液 美容液 クリーム

日焼け止め 化粧下地 その他()

夜：化粧水 乳液 美容液 クリーム その他()

普段からベースメイクをしている。

使用するファンデーションは(リキッド パウダリー クリーム BBクリーム)

生活リズム(起床、就寝時間、食事の時間など)が不規則。

睡眠時間が短い。(時間程度)

偏食がある。(甘いものが多い 炭水化物が多い 野菜嫌い 菜食主義)

食餌内容に気を付けて3食きちんと摂っている。

タバコを吸う。

お酒を飲む。(毎日 時々 お付き合い程度)

仕事が忙しい。

ストレスが多い。

生理不順がある。