

# スキンケア外来 問診票



SUNNYスキンケア外来  
SINCE 2021

受診日 年 月 日

クリニック使用欄

氏名	ふりがな	男・女	生年月日	平成・令和	身長	体重	体温
				年 月 日			

受付番号	
受付時間	:
案内時間	:

① 本日、ご相談したい内容を教えてください。

待ち場所

一般
特
母
車 ( )

② これまでの経過について教えてください。

・ 乳児湿疹はありましたか？

はい ( 歳 ヶ月頃 ) ・ いいえ

・ アトピー性皮膚炎と診断されたことはありますか？

はい ・ いいえ

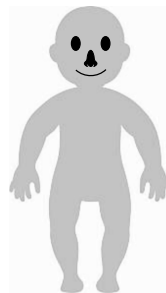
診断された時期 ( 歳 ヶ月頃 診断を受けた病院: \_\_\_\_\_ )

③ 湿疹がある部位を右の図に○で囲んでください

・ 相談したい湿疹はいつ頃から出始めましたか？

( )

前面



後面



・ かゆみはありますか？

はい ・ いいえ

・ 湿疹やかゆみが悪化しやすいのはどのような時ですか？

( )

・ 処方された塗り薬や、市販の塗り薬を使用されている場合は内容を教えてください。

塗っている薬品:

1日の使用回数:

塗っている部位:

・ 当院で処方されたもの以外で、湿疹治療のために薬を飲んでいる場合は内容を教えてください。

飲んでいる薬:

・ その他、湿疹に対して行っていることがあれば教えてください。

④ スキンケアについて

・ 普段の入浴はどなたが主に担当していますか？

父 ・ 母 ・ 祖父母 ・ 兄弟と入浴 ・ 1人で入浴

・ 毎日入浴しますか？ (シャワーのみも含む)

はい ・ いいえ \*乳児 (生後1ヶ月以降) の方へ: ベビーバスは使用していますか? はい ・ いいえ

・ 使用している洗剤の種類を教えてください。

洗剤を使用しない ・ 固形石鹸 ・ 液体ボディソープ ・ 泡が出るタイプのボディソープ ・ その他 ( )

泡立てて使用していますか? はい ・ いいえ

・ 洗剤はどの部位に使用していますか？

全身に使う ・ 頭には使わない ・ 顔には使わない ・ 湿疹部位には使わない ・ その他 ( )

・ なんで洗っていますか？

手 ・ スポンジ ・ ガーゼタオル ・ ナイロンタオル ・ その他 ( )

⑤ 保湿のケアについて

・ 普段、保湿剤を塗ってあげているのは、どなたですか？

父 ・ 母 ・ 祖父母 ・ 本人 ・ その他 ( )

・ 現在、保湿剤は使用していますか？

はい ・ いいえ

使用している保湿剤の名前:

使用回数: 回 / 日

使用しているタイミング: 朝 ・ 日中 ・ 入浴後 ・ その他 ( )

使用している部位: 全身 ・ 湿疹部位 ・ 乾燥部分 ・ 気になった部分のみ ・ その他 ( )

クリニック使用欄

フォロー	あり・なし
次回予約	日後