

皮膚科初診問診票

動物のお名前； 品種； 生年月日； 年 月 日

下記を読んで該当箇所に○を付けてください

既往症；現在の持病 (ない, ある)
(ある場合；病名； _____)

過去に皮膚病以外で診断されたことのある病気；
(心臓病, 肝臓病, 腎臓病, 膵炎, 糖尿病, 甲状腺機能低下症, 副腎皮質機能亢進症,
その他； _____)

使用中のお薬があれば記載
(_____)

ノミ・マダニ予防 (していない, している)

している場合、使用している薬の名称
(ネクスガード, ブラベクト, シンパリカ, クレデリオ, フロントライン,
その他 _____)

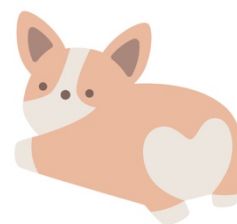
主訴；今一番気になっている症状

(痒み, 発疹, 脱毛, 赤い, 脂っぽい, 臭い, フケ, その他； _____)

いつ頃から？ (数日前, 数週間前, 数ヶ月前, 数年前)

症状の出ている場所はどこ？

前足の足先 (甲側, 指の間, 足裏), 後ろ足の足先 (甲側, 指の間, 足裏), 頭, 首の背
中側, 耳 (入り口付近や耳道内), 耳の縁や先端, 腰, 肘, 肘の前側, 脇の下, 首の
前側, 胸部, 腹部, お尻周り, 内股,
その他 (_____)



発症時期

(1歳未満, 1-3歳, 3-6歳, 6-10歳, 10歳以降)

どちらの症状が先でしたか？ (痒み, 発疹)

使用経験のある薬 (飲み薬)

(ステロイド, アポキル, アトピカ, 抗生剤, 抗真菌剤, 抗ヒスタミン剤)
(その他； _____)

使用経験のある薬 (注射薬)

(コンベニア (長期作用型の抗生剤), ステロイド, サイトポイント, アレルミューン)

使用経験のあるサプリメント

(アンチノール, アルギChamp, Final Answer, その他； _____)

使用経験のある外用薬 (塗り薬)

(抗生剤の軟膏 (名前； _____), ビクタスクリーム,
その他； _____)

使用経験のあるシャンプー； (ノルバサン, マラセブ)

季節性；季節による違いは？あればひどくなる季節に○

(1年中, 2-4月, 4-6月, 6-9月, 10-1月)

病因；発症のきっかけは？

(ない, シャンプー, 食事やおやつの変更, 環境の変化 (引っ越し家族の変化))

飼育環境

(完全室内, 室内だが散歩は行く, 屋外)

同居動物は？

(いない, いる (犬, 猫, 鳥, うさぎ, ハムスター, その他;))

飼い主様や同居動物に同様の皮膚病は？ (ない, ある)

寝室に入る？

(しょっちゅう寝具に乗る, 夜は一緒に寝る, たまに入る, 入らない)

一日の合計で散歩はどのくらい？

(しない, トイレ程度, 30分くらい, 30分から1時間位, それ以上)

草むらに入る？ (入らない, 多少は入る, よく入る)

よその犬と遊ぶ機会は？ (ほとんどない, 挨拶程度, よく遊ぶ)

以前と比較して飲水量が多い、尿量が多いなどの症状がある？ (ない, ある)

(未避妊の女の子のみ) 前回の生理は何月頃？ (月頃)

日頃食べているご飯の銘柄は？

ドライフード； , 缶詰やパウチ；

半生フード , 手作り (内容)

()



よくあげるおやつは？

(人の食べ物を色々, ポーロ, クッキー, ジャーキー (チキン, ビーフ, 鹿, 馬,))

チュール, その他)

* この子の写真を獣医師向けのセミナーや飼い主様向けのホームページに使用させていただいてもよろしいですか？

(なお、飼い主様のお顔は入らないようにしております)

(不可, 許可, 条件付き許可;

ご要望を記載してください；

()

痒みの程度

昨日から今日の痒みを0~10の黒い線上で示してください。

