

皮膚科専門診察 問診票 (猫)

該当するものにチェックまたは記入をお願いします。

症状のある所に○をして下さい。

◎ 今回どのような皮膚症状でお悩みですか？

- 赤み ブツブツ 痂皮 フケ ベトつき
- ただれ しこり 脱毛 皮膚の肥厚 皮膚の黒ずみ
- ジュクジュク 耳を痒がる 耳だれ
- その他 ()

◎ 初めて症状を認めたのは何歳ごろですか？ [歳頃]

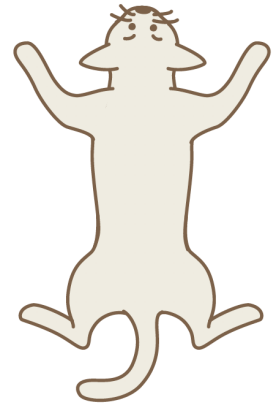
◎ いつから症状の悪化に気がつきましたか？

- 1～3日前 1週間前 2週間以上前 1ヶ月前
- 1ヶ月以上前 (月) 1年以上前 (年前)

◎ 今までの経過を簡単に教えてください。

腹側

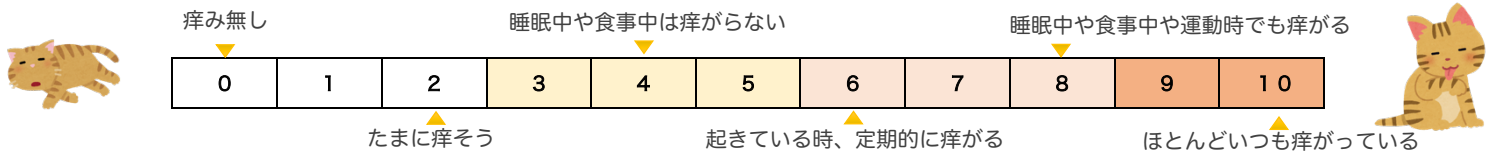
背側



◎ 痒みがある場合どのような行動をとりますか？

- 痒みはない 舐める動作 噛む動作 引っ掻く動作 擦り付ける動作

<痒みの程度教えてください。線状に○をお願いします>



◎ 悪化する季節はありますか？

- なし あり (右図に○をお願いします)

<input type="checkbox"/> 春 (3~5月)	<input type="checkbox"/> 夏 (6~8月)	<input type="checkbox"/> 秋 (9~11月)	<input type="checkbox"/> 冬 (12~2月)
-----------------------------------	-----------------------------------	------------------------------------	------------------------------------

◎ 発症する前に思い当たるきっかけはありますか？

- いいえ はい []

◎ 人や同居の動物に皮膚症状はありますか？

- いいえ はい [症状:]

◎ 使用しているお薬はありますか？

	飲み薬	塗り薬	シャンプー	その他(サプリなど)
種類				
使い方				

◎ 投薬について 問題なく投薬できる 投薬に苦労することがある 飲ませられない 投与したことがない

◎ 外服薬について スプレー剤や軟膏をつけられる 点耳薬をつけられる 塗布できない 塗布したことがない

2枚目

< 環境様式 >

- ◎ 飼育環境は？ 完全室内 ほとんど室内 半々 ほとんど室外 完全室外
- ◎ トイレはいくつ用意していますか？ _____ 箇所 [排泄場所は 外 ベランダ 屋内 その他]
- ◎ ノミ・ダニの予防はしていますか？ いいえ はい [最後につけた日： 年 月]
- ◎ 環境の変化やストレスになるようなことはありますか？ いいえ はい

[はいの場合、以下からお選びください:]

- 新規動物 引越し 模様替え 家族構成の変化 工事 コミュニケーション変化 その他]

◎ 今までに以下の症状に罹患したことはありますか？

- 猫エイズ 猫白血病 その他 外耳炎 口内炎 膀胱炎・尿石症 特にない
- メヤニ・鼻水 下痢嘔吐 (回虫感染) 咳・くしゃみ 結膜炎

◎ 食事内容を教えて下さい。(過去に口にされたことがあるものを覚えている限りお願いします。)

フード:

おやつ:

ヒトの食べ物:

- ◎ 治療中の病気はありますか？ いいえ はい [疾患名: _____]
- ◎ 皮膚病以外に気になる症状はありますか？ いいえ はい [_____]
- ◎ その他、ご要望や気になることはございますか？ご自由にご記入ください



[交通アクセス]

千葉県流山市宮園 1-10-1

TEL: 04-7159-5401

ご不明な点がございましたら、
病院までお問い合わせください。

診療時間

診療時間	月	火	水	木	金	土	日・祝
9:00 ~ 12:00	○	○	休	○	○	○	○
15:00 ~ 19:00	○	○		○	○	17時 まで	休





～ かわいい患者さんに代わって教えてください ～



フリガナ 〒

お名前： 住所：

ご職業： 電話番号： 携帯電話（緊急用）：

ペット名		生年月日	年 月 日（ 歳）
品種		性別	<input type="checkbox"/> オス <input type="checkbox"/> 去勢済 <input type="checkbox"/> メス <input type="checkbox"/> 避妊済
マイクロチップ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 済み(ID: _____)	毛色	
性格	<input type="checkbox"/> おとなしい <input type="checkbox"/> 人懐っこい <input type="checkbox"/> 神経質 <input type="checkbox"/> 怖がり <input type="checkbox"/> 咬む <input type="checkbox"/> 暴れる <input type="checkbox"/> 凶暴 <input type="checkbox"/> わからない		

今までに本院に受診したことがありますか。 いいえ はい（ペットの名前： _____）
 ペット保険に加入されていますか。 いいえ はい（会社名： _____）
 当院を何で知りましたか。 ご紹介（ _____ 様） 近いため ホームページ Calooペット

◎ 飼育環境について

同居動物はいますか？	<input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> いる（動物の種類は？ _____）
普段生活している環境は？	<input type="checkbox"/> 室内（ケージ内・放し飼い） <input type="checkbox"/> 室外 <input type="checkbox"/> 室内と室外両方 <input type="checkbox"/> その他
普段食べている食事は？	回数： 1日 _____回 内容： <input type="checkbox"/> ドライフード <input type="checkbox"/> ウエットフード（缶詰・レトルト） <input type="checkbox"/> 手作り （フードの使用柄名や手作りの内容： _____） その他（ _____） おやつ： <input type="checkbox"/> 与えていない <input type="checkbox"/> 与えている（何を？ _____）

◎ 予防について

狂犬病予防接種	<input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> 接種済み <input type="checkbox"/> 以前していた（最終接種日____年____月____日）
混合ワクチンの接種	<input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> 接種済み <input type="checkbox"/> 以前していた（最終接種日____年____月____日）
フィラリア予防は	<input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> している（投薬期間 _____月～_____月まで）
ノミ・ダニの予防は	<input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> している（製剤： <input type="checkbox"/> 垂らすタイプ <input type="checkbox"/> 食べるタイプ）

◎ 病歴について

今までにかかった病気は？	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 目の病気 <input type="checkbox"/> 皮膚の病気 <input type="checkbox"/> 消化器の病気 <input type="checkbox"/> 心臓の病気 <input type="checkbox"/> 腎臓の病気 <input type="checkbox"/> 泌尿器の病気 <input type="checkbox"/> 神経の病気 <input type="checkbox"/> 腫瘍 <input type="checkbox"/> 伝染病 <input type="checkbox"/> その他（ _____）
ワクチンや薬の副作用は？	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ある（具体的に _____）
投薬について	<input type="checkbox"/> 投薬できる <input type="checkbox"/> 投薬に苦労することがある <input type="checkbox"/> 難しい <input type="checkbox"/> 投与したことがない