

皮膚科専門診察 犬用 問診票

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。

◎ 今回のような皮膚症状でお悩みですか？ 複数回答可

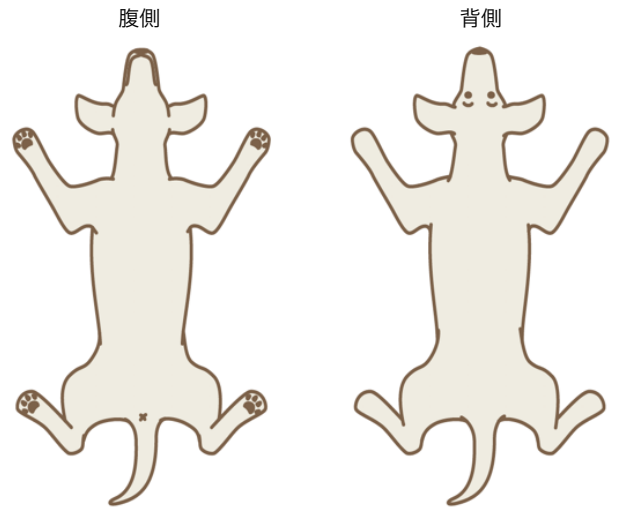
- 赤み ブツブツ 痂皮 フケ ベトつき ただれ
- しこり 脱毛 皮膚の肥厚 皮膚の黒ずみ ジュクジュク
- 耳を痒がる 耳だれ その他 ()

◎ 初めて症状を認めたのは何歳ごろですか？ [歳頃]

◎ 症状の悪化にいつ気がつきましたか？

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

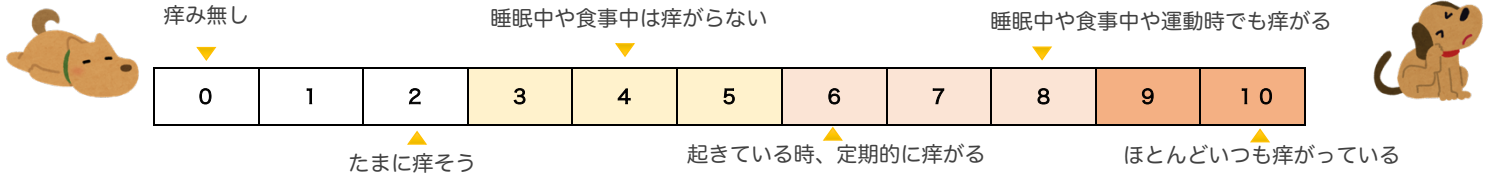
◎ 今までの経過を簡単に教えてください。



◎ 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>



◎ 耳の痒みまたは外耳炎になったことはありますか？ いいえ はい [歳頃から]

◎ 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)
- 春 (3～5月) 夏 (6～8月) 秋 (9～11月) 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

◎ 外用薬について 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
- ◎ お散歩はしますか？ いいえ はい [頻度 日 回 コース：]
- ◎ 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 []
- ◎ 幼少期に軟便になることや排便の最後がゆるくなることはありましたか？ いいえ はい
- ◎ 食事内容を教えてください。（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：

- ◎ 自宅でシャンプーは行いますか？ いいえ はい [頻度は：]
- ◎ 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	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		

今までに本院を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"/> 投薬に苦勞することがある <input type="checkbox"/> 難しい <input type="checkbox"/> 投与したことがない