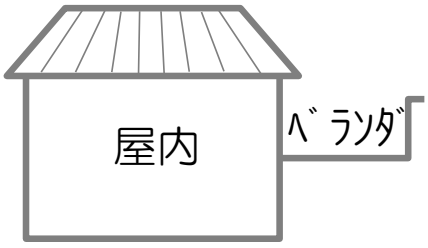
皮膚科問診票（初診用）

○生活環境について

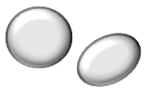
1）飼育場所は？（◎：1日4時間以上いる場所、○：1日2-4時間程度いる場所、△：1日2時間以下いる場所、×：ほぼいかない場所）



他：

コメント：

2）ノミ・ダニ予防のやり方は？（最近行ったものに○）

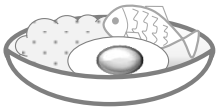
首筋に垂らす薬			飲み薬	他：
病院で購入	市販	他		
				

最後の予防日：1ヶ月以内／1.5ヶ月前／2ヶ月以上前／したことない

3）同居動物は？（該当する動物すべてに○）

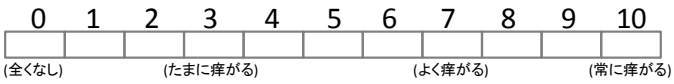
犬	猫	ウサギ	他：	他:
匹	匹	匹	匹	匹

4）現在の食事とおやつは？（◎：主食、○：良く与えるおやつ、△：たまに与えるおやつ、×：与えていない）

ペットフード				手作りごはん	おやつ			他：
市販	市販	病院で購入	病院で購入		市販	人間食	野菜・果物	
ドライ	ウェット	ドライ	ウェット		ペット用			
内容：	内容：	内容：	内容：	内容：	内容：	内容：	内容：	

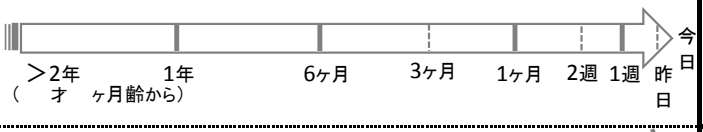
○現在の皮膚症状について

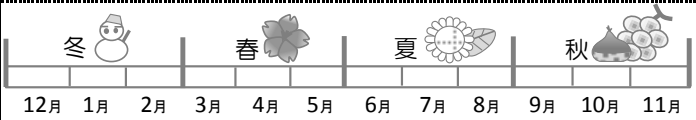
1）痒みの程度は？（該当部分を塗りつぶす）



コメント：

2）いつから症状がある？発症する季節は？（該当領域を塗りつぶす）





コメント：

3）どんな症状が気になる？（該当するもの全てに○）

(角質トラブル)	(炎症)		(脱毛・乾燥)	(その他)
カサブタ	におい	ブツブツ	まだらな脱毛	しこり（1-2個）
ベタつき	赤み	うみ（膿）	広い脱毛	しこり（多数）
皮膚の肥厚	かゆみ	ただれ	フケ	他：
皮膚の黒ずみ	ひっかき傷	出血	乾燥肌	他：

4）心配している or 疑っている原因は？（該当するものがあれば○）

うつる病気	アレルギー	遺伝	悪性の病気	他：

コメント：

○これまでの皮膚科治療について（最近のものを優先的に記載）

これまでやった治療は？　その印象は？（×：ダメ、△：少し良かった、○：良かった、◎：かなり良かった）

(局所療法)		(全身療法)		(その他)		
シャンプー	塗り薬・消毒	飲み薬	注射	治療用の食事	サプリメント	他：
				療法食		
名称/内容：	名称/内容：	名称/内容：	名称/内容：	名称/内容：	名称/内容：	名称/内容：
使用頻度：	使用頻度：	使用頻度：	使用頻度：	一緒に与えたおやつ：	使用頻度：	頻度：
使用期間：	使用期間：	使用期間：	使用期間：	使用期間：	使用期間：	期間：