皮膚科の問診票（初診用）

皮膚症状について

❶ どの様な症状が気になりますか？（当てはまるもの全てに○）

カサブタ　ベタつき　皮膚の肥厚　皮膚の黒ずみ　におい　赤み
ブツブツ　ただれ　フケ　脱毛　耳あか　耳を痒がる　その他（　　）

❷ 痒みの程度は？（該当部分を塗りつぶす）

全く痒くない　たまに痒がる　よく痒がる　常に痒がる

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

❸ いつごろから症状が出始めましたか？（該当部分を塗りつぶす）

2年以上前 ＞ 1年 ＞ 6ヵ月 ＞ 3ヵ月 ＞ 1ヵ月 ＞ 2週間 ＞ 1週間 ＞ 昨日 ＞ 今日

（　才　ヶ月頃から）

❹ 症状が出る時期は？（該当部分を塗りつぶす）

冬			春			夏			秋		
12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月

コメント：

生活環境について

❶ 飼育環境は？（該当部分に全て○）

（　屋内　・　屋外　）

❷ お散歩は？　（　行く　・　行かない　）

❸ お散歩の時、またはその他でも他の動物と触れ合うことはある？
（　ある　・　ない　）

❹ ノミ・マダニ対策のやり方は？（最近やったものに○）

首筋に垂らす薬		飲み薬	他
病院の薬	市販の薬		
最後の予防日：　1ヵ月以内　/　1.5ヵ月以内　/　2ヵ月以上前　/　したことがない			

❺ 同居動物や飼い主様に皮膚症状はある？
（　ある　・　ない　）

（どのような皮膚症状があるか書いて下さい）

❻ 現在の食事とおやつは？（該当部分に全て○）

食事			おやつ			他
ペットフード		手作り	市販	人間食	野菜・果物	
病院で購入	市販フード					
製品名：	製品名：	内容：	内容：	内容：	内容：	

これまでの皮膚治療について

❶ 今までの皮膚科治療は？（最近行ったものに優先的に○）

シャンプー	ぬり薬	飲み薬	注射	他
製品名：	・ステロイド ・抗生物質 ・その他	種類：	種類：	
使い方：	使い方：	使い方：	使い方：	

その他気になることを書いて下さい