

皮膚科問診票（初診用）

*分かる範囲でご記入ください

1. プロフィール

名前： (愛称：) 年齢： 歳 カ月齢 (誕生日： 年 月 日)
 性別： ☐男の子 ☐女の子 (直近の発情期： 例)3か月前) ☐去勢/避妊済 (実施日： 年 月 日)
 品種： 毛色：
 出会い： ☐ペットショップ ☐ブリーダー ☐保護施設 ☐他：
 性格： ☐温厚 ☐活発 ☐怖がり (少し・まあまあ・かなり) ☐怒る (まれに・ときどき・頻繁に) ☐人が好き
☐動物が好き (犬・猫・他：) ☐デリケート (少し・まあまあ・かなり) ☐さみしがり (少し・まあまあ・かなり)
☐マイペース ☐他：

2. 予防

ノミ予防薬： ☐使用している (製品名：) 直近の使用歴： 年 月 日
☐1カ月以上使用していない ☐3カ月以上使用していない ☐使用したことがない
 混合ワクチン： ☐接種している (最終予防歴： 年 月 日) ☐1年以上接種していない
☐副作用がでたことがある (具体的に：)
 狂犬病ワクチン： ☐接種している (最終予防歴： 年 月 日) ☐1年以上接種していない
☐副作用がでたことがある (具体的に：)

3. 生活スタイル

生活環境： ☐屋内 (具体的に： 例)部屋で自由行動、主にケージ内)
☐屋外 (具体的に： 例)犬小屋、庭で自由行動)
☐他：
 散歩： ☐行く (日 回、1回 分程度、主な場所：) ☐ほぼ行かない
☐散歩は好き ☐散歩は苦手
 他の外出先： ☐動物病院 (頻度：) ☐トリミングショップ ☐ドッグラン (頻度：) ☐他：
 トイレ： 排便回数1日 回程度 ☐不明 ☐他： 、便状態 ☐普通 ☐軟便 ☐下痢便 ☐他：
 排尿回数1日 回程度 ☐不明 ☐他： 、尿量 ☐普通 ☐多い ☐少ない ☐他：
 トイレ場所 ☐屋内1カ所設置 ☐屋内2カ所以上設置 ☐オムツ ☐主に屋外 ☐他：
 同居動物： ☐なし ☐あり (☐犬 匹、 ☐猫 匹、 ☐他：)
 同居動物との関係： ☐仲良し (特に誰と：) ☐普通 ☐あまり興味を示さない
☐良くない (特に誰と：) ☐他：

4. お手入れ/スキンケア

全身のシャンプー (品名：) ブラッシング (道具： 例)毛ブラシ、スリッカー)
☐自宅で定期的に行っている (頻度：) ☐定期的に行っている (頻度：)
☐自宅ではほとんどしない ☐ほとんどしない
 理由： ☐シャンプーを嫌がる・怒る・興奮する 理由： ☐ブラッシングを嫌がる・怒る・興奮する
☐上手にシャンプーできない ☐上手にブラッシングできない
☐ショップでしている (頻度：) ☐他：
☐他：
 部分的な洗浄/清拭 (方法： 例)ワイプ、水洗い) 他にしている自宅でのお手入れ
☐している ☐耳洗浄 (頻度：) ☐爪切り (頻度：)
 部位： 頻度： ☐歯磨き (頻度：)
☐ほとんどしたことない ☐トリミング (頻度：)

5. 食事とおやつ

現在の食事

- ☐ 製品 (品名/内容:)
☐ 手作り (内容:)

いつから: ~現在まで)
 いつから: ~現在まで)

現在のおやつ

- ☐ 製品 (品名/内容:)
☐ 他 (内容:)

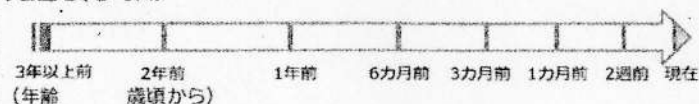
頻度:)
 頻度:)

食物アレルギー用療法食と食物アレルギーについて

- ☐ 食物アレルギー用療法食 (除去食試験) を実施したことがある (品名/内容:)
☐ 療法食のみで試した ☐ 療法食以外の食べ物も食べながら試した
☐ 効果があった ☐ ある程度効果があった ☐ ほぼ効果なし ☐ 効果不明 ☐ 途中で断念
☐ 過去にアレルギーを起こした食べ物がある (具体的に:)

6. 皮膚症状

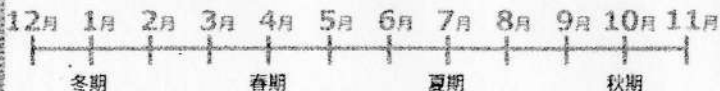
発症した時期



コメント:

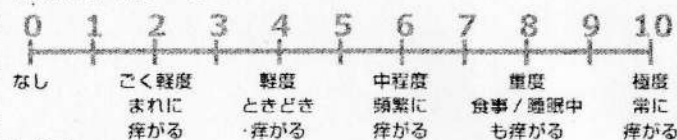
悪化する時期

- ☐ 悪化する時期あり/おそろくあり (以下を記入) ☐ なし ☐ 不明



コメント:

現在の痒みレベル



コメント:

よくみられる痒み行動



☐ ひっかく



☐ ころがる



☐ 舐める



☐ こすりつける



☐ 頭を振る



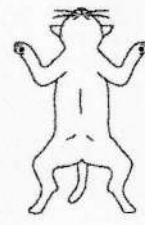
☐ 咬む/吸う

他:

現在の病変部位/気になる病変部位

犬

猫



コメント:

気になる病変の特徴

- ☐ 赤み ☐ 黒ずみ ☐ べたつき ☐ ニオイ ☐ フケ ☐ かさぶた
☐ ひっかき傷/舐め壊し ☐ 膿 (うみ) ☐ 肥厚 ☐ ただれ ☐ ガサガサ
☐ ブツブツ ☐ 腫れ ☐ イボ ☐ しこり ☐ 乾燥 ☐ 脱毛
☐ 毛色/毛質の変化 ☐ 他:

外耳炎になったことがある場合は該当項目をチェック

- ☐ 過去に1~数回発症 ☐ 定期的に再発 ☐ 常に徴候あり
☐ 自宅での耳洗浄/点耳薬で治療 (☐ 効果あり ☐ 効果なし)
☐ 病院での耳洗浄/点耳薬で治療 (☐ 効果あり ☐ 効果なし)
☐ 内服薬で治療 (☐ 効果あり ☐ 効果なし) ☐ 自宅で点耳ができない
☐ 内視鏡/外科手術で治療 (☐ 効果あり ☐ 効果なし)

皮膚以外の症状や持病:

- ☐ ある (以下を記載) ☐ ない
 症状/持病:

上記に対する治療: ☐ している (以下に記載) ☐ していない
 治療内容:

7. 皮膚症状に対する治療歴

内服薬

☐内服薬は問題なく飲める ☐内服薬はなんとか飲めるが苦手 ☐内服薬はかなり嫌がる ☐内服薬は飲めない

☐ステロイド (☐プレドニゾン ☐メチルプレドニゾン ☐他:)
☐現在飲んでいる (頻度: ☐1回1回 ☐2日に1回 ☐週2~3回 ☐症状がでたら ☐他:)
☐現在は飲んでいない (☐数日前に中止 ☐1~3週間前に中止 ☐1~3カ月前に中止 ☐3カ月以上前に中止)
☐効果あり ☐少し効果あり ☐効果なし ☐不明 ☐飲めない ☐問題があった (具体的に:)

☐アボキル
☐現在飲んでいる (頻度: ☐1回2回 ☐1日1回 ☐2日に1回 ☐症状がでたら ☐他:)
☐現在は飲んでいない (☐数日前に中止 ☐1~3週間前に中止 ☐1~3カ月前に中止 ☐3カ月以上前に中止)
☐効果あり ☐少し効果あり ☐効果なし ☐不明 ☐飲めない ☐問題があった (具体的に:)

☐ゼンレリア
☐現在飲んでいる (頻度: ☐1回1回 ☐2日に1回 ☐週2~3回 ☐症状がでたら ☐他:)
☐現在は飲んでいない (☐数日前に中止 ☐1~3週間前に中止 ☐1~3カ月前に中止 ☐3カ月以上前に中止)
☐効果あり ☐少し効果あり ☐効果なし ☐不明 ☐飲めない ☐問題があった (具体的に:)

☐シクロスポリン (アトピカ・シクラバン・シクロキャップ・アトモア・他:)
☐現在飲んでいる (頻度: ☐1回1回 ☐2日に1回 ☐週2~3回 ☐他:)
☐現在は飲んでいない (☐数日前に中止 ☐1~3週間前に中止 ☐1~3カ月前に中止 ☐3カ月以上前に中止)
☐効果あり ☐少し効果あり ☐効果なし ☐不明 ☐飲めない ☐問題があった (具体的に:)

☐抗菌薬 (薬名:)
☐現在飲んでいる
☐現在は飲んでいない (☐数日前に中止 ☐1~3週間前に中止 ☐1~3カ月前に中止)
☐効果あり ☐少し効果あり ☐効果なし ☐不明 ☐飲めない ☐問題があった (具体的に:)

☐他の薬/不明な薬 (☐痒み止め ☐抗菌薬 ☐サプリメント: ☐他:)
☐現在飲んでいる
☐現在は飲んでいない (☐数日前に中止 ☐1~3週間前に中止 ☐1~3カ月前に中止 ☐3カ月以上前に中止)
☐効果あり ☐少し効果あり ☐効果なし ☐不明 ☐飲めない ☐問題があった (具体的に:)

☐他の薬/不明な薬 (☐痒み止め ☐抗菌薬 ☐サプリメント: ☐他:)
☐現在飲んでいる
☐現在は飲んでいない (☐数日前に中止 ☐1~3週間前に中止 ☐1~3カ月前に中止 ☐3カ月以上前に中止)
☐効果あり ☐少し効果あり ☐効果なし ☐不明 ☐飲めない ☐問題があった (具体的に:)

注射薬

☐注射は問題なくできる ☐注射はなんとかできるが苦手 ☐注射はかなり嫌がる ☐注射はできない

☐ステロイド (最終投与日: 年 月 日あるいは 力月前)
☐効果あり ☐少し効果あり ☐効果なし ☐不明
☐問題があった(具体的に:)

☐サイトポイント (最終投与日: 年 月 日あるいは 力月前)
☐効果あり ☐少し効果あり ☐効果なし ☐不明 ☐問題があった(具体的に:)

☐他の薬/不明な薬 (☐痒み止め ☐抗菌薬 ☐アレルギーの薬 ☐他:)
☐効果あり ☐少し効果あり ☐効果なし ☐不明 ☐問題があった(具体的に:)

外用薬

☐外用薬は問題なくぬれる ☐外用薬はぬれるがすぐ舐める ☐外用薬は困難でかなり嫌がる ☐外用薬はぬれない

☐使ったことがある (以下に記載) ☐使ったことがない
 ① (名称:) : ☐効果あり ☐少し効果あり ☐効果なし ☐不明 ☐他:
 ② (名称:) : ☐効果あり ☐少し効果あり ☐効果なし ☐不明 ☐他:
 ③ (名称:) : ☐効果あり ☐少し効果あり ☐効果なし ☐不明 ☐他:
 ④ (名称:) : ☐効果あり ☐少し効果あり ☐効果なし ☐不明 ☐他: