皮膚科問診票

年　月　日

わかる範囲で結構です。気になること、伝えたいことをお書きください。

フリガナ 飼い主さんのお名前:	
ご住所:	
TEL:	
フリガナ ペットのお名前	性別 オス　・　去勢オス メス　・　避妊メス

ペットの現在の症状

元気　：　有　・　無

食欲　：　有（ □ 多い　□ 普通　□ 少ない ）・　無

飲水量　：　有（ □ 多い　□ 普通　□ 少ない）　・　無

どのような状態ですか？（　　）

いつ頃、気になりだしましたか？（　　）□ 急に　□ ゆっくりと　□ 慢性

どこから始まりましたか？

体（ □ お腹　□ 背中　□ 胸　□ お尻　□ 尾 ）

顔（ □ 耳　□ 口の周り　□ 目の周り　□ 首 ）

四肢（ □ つま先 ・ □ 肘 ・ □ 脇 ）

最も症状の激しい所（　　）

季節性の有無　：　有（ □ 春　□ 夏　□ 秋　□ 冬 ）・ 無 ・ 年中

他の動物との接触　：　有（ □ 同居動物　□ 散歩中 ）・ 無 ・ わからない

痒み　：　有（ □ たまに掻く･舐める　□ 気づくと掻く･舐める　□ ずっと掻いている･舐める ）
無

散歩コース　：　室内のみ　・　外に行く（ □ アスファルト道路　□ 草むらに入る　□ 街中のみ
□ 川沿い　□ 川･田･山に入る　□ あぜ道　□ 公園 ）
その他（　　）

食事･おやつ　□ ドライ　□ 缶詰　□ 手作り　□ その他（　　）
名前（　　）

最近のノミ･ダニの予防　：　有（ ＿＿ 月頃　：　名前　　）・ 無

シャンプーの有無　：　有（ □ 週　□ 月　□ 年 ）　＿＿ 回 ・ 時々 ・ 無

留守番　：　有（ 1日 ＿＿ 時間 ）　・　ときどき　・　無

その他

飼い主さんに痒みなどの症状　：　有（　　）・ 無

現在の内服　：　有（　　）・ 無

検査･治療歴　：（　　）

具体的な内容は裏面も使ってご記入ください。

見てもらいたいもの、現在の内服薬･外用薬などがあればお持ちください。

ありがとうございました。

上京どうぶつ病院