

問診票

カルテ No. _____ 名前 _____

動物種： 犬 / 猫 (品種 _____)
年齢： 歳 ヶ月 (_____ 年 _____ 月 _____ 日生まれ)
性別： ♂ / ♀ / 去勢♂ / 避妊♀ (手術日： _____ 年 _____ 月)
予防歴： ☐混合ワクチン ☐狂犬病ワクチン
☐フィラリア予防 ☐ノミ・ダニ予防 (最終予防歴 _____ 月)
飼育環境： 室内 / 室外 / 併用
食餌・おやつ (今まで食べたことのあるメーカー、商品名など詳しく)：

散歩に出かけますか？ はい / いいえ
_____ 1日 _____ 回： 主にアスファルトのみ / 草むらにも行く
排泄はどこでしますか？ 屋内 / 屋外 (排便回数：1日 _____ 回)
同居動物はいますか？ はい / いいえ
_____ 犬 _____ 匹 / 猫 _____ 匹 / その他 _____

ご家族・同居動物に同じ症状はありますか？ はい / いいえ
今まで病気にかかったことはありますか？ はい / いいえ
_____ 病名： _____ 時期： _____
薬やワクチンでアレルギーを起こしたことはありますか？ はい / いいえ
_____ 薬剤名： _____ 症状： _____
生活環境の変化はありましたか？ (お引越し、旅行など) はい / いいえ

現在、皮膚以外の体調は良いですか？ はい / いいえ

皮膚の症状をお聞かせ下さい。

- いつ頃から始まりましたか？

- どこから始まりましたか？

- どのような症状でしたか？

- 症状に季節性がありますか？

- 原因の心当たりはありますか？

- 痒みの程度を教えてください。

全く掻かない／たまに掻く／気づくと掻いている／ずっと掻いている

- シャンプーの種類を教えてください。

商品名： 頻度： 最終日：

- 臭いは気になりますか？ はい / いいえ

- 現在使用中のお薬はありますか？

内服薬： いつから：

外用薬： いつから：
