

皮膚科問診票

名前 _____ 犬種 _____ 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 性別 雄 雌
去勢避妊手術 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____

症状について

- ・症状として当てはまるものにチェックをしてください
毛が抜ける 臭いがする 赤みや腫れ 痒み/搔く 舐める/咬む
耳が悪い 皮膚の変化（皮膚の色が薄い、皮膚が厚くなる、ガサガサする）
- ・症状がある場所を○で囲んでください
(犬の画像)

- ・これまで耳の治療をしたことがありますか はい いいえ
- ・下痢や吐くなどの慢性の消化器症状はありますか はい いいえ

- ・現在の症状を0から10までの段階で評価してください

皮膚病変の程度

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

搔く/舐める/咬むの頻度

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

発生時期

- ・最初に痒みが出たのは何歳の時ですか？
1歳未満 1～3歳 4～7歳 8歳以上
- ・痒みに季節性はありますか
いいえ はい (春 夏 秋 冬)
- ・今回の症状はどれくらい続いていますか？
- ・痒みは徐々に強くなってきましたか？ はい いいえ
- ・痒みはまえばれまなく突然現れましたか？ はい いいえ

寄生虫の駆除

- ・ノミ、マダニ予防薬やフィラリア症予防薬は使用していますか はい いいえ
- ・最後に予防薬を投与したのはいつですか？

食べ物について

- ・与えているフードは何ですか？ _____
- ・最近フードの変更をしましたか？ はい いいえ
- ・人間の食べ物を与えていますか？ はい いいえ
- ・おやつは何を与えていますか？ _____

生活環境

- ・生活環境はどこですか？ 室内 % 屋外 %
- ・一緒に生活している動物はいますか？ はい いいえ
「はい」の場合 その動物に同じ症状が出ていますか？ はい いいえ
- ・トリミング施設に預けることがありますか？ はい いいえ
- ・ドッグランや草むらに行くことがありますか？ はい いいえ
- ・最近お引越しをしましたか？ はい いいえ
- ・最近新しいシャンプーや外用薬を使いましたか？ はい いいえ

これまでに受けた治療

- ・これまでに痒みの治療を受けたことがありますか？ はい いいえ
- ・これまでに受けた治療法をわかる範囲でチェックしてください。
ステロイド剤 シャンプー スプレー 軟膏 抗生剤 低アレルギー食
必須脂肪酸 抗ヒスタミン剤 免疫療法（アトピカ/インターフェロン）
減感作療法

治療方針について

今回の治療方針について、ご希望をお聞かせください。

- 検査は希望せず痒みだけを止めたい
- 最低限の検査と治療を希望する
- アレルギー検査など原因の追究と治療を希望する

その他

診察に際してご希望があればご記入ください。