**皮膚科問診票**

年　　月　　日

Vet Derm Tokyoは、皮膚科医療のみを専門的に診察する獣医師のグループです。

当グループは、小動物皮膚科医療の発展に力を注いでおり、定期的に学術誌や学会での学術報告などを行っております。つきましては、写真並びに症例情報などの利用に関して、ご承諾いただきますよう皆様にお願いしております。利用に関してご承諾いただけますか？　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 □はい　□いいえ

**＜基本情報＞**

飼い主様名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　□男性　□女性(任意)　　年齢：　　　代（任意）

**ペットの情報（当てはまる項目に〇をつけて下さい）**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 名前 | 生年月日 | 動物種 | 品種 | 性別 | 去勢・避妊 |
|  | 年　　月　　日  （　　歳） | 犬・猫 |  | オス・メス | 済・未 |

**予防**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 混合ワクチン | | | | 狂犬病 | | |
| □している　□していない | | | | □している　□していない | | |
| ノミダニ | | | | フィラリア | | |
| 首に垂らす薬 | | 飲み薬 | その他 | 首に垂らす薬 | 飲み薬 | 注射 |
| 病院の薬 | 市販の薬 |  |  |  |  |  |
| 最後の予防日：　1ヶ月以内／1.5ヶ月以内／2ヶ月以上前／したことがない | | | | 最後の予防日：　1ヶ月以内／1.5ヶ月以内／2ヶ月以上前／したことがない | | |

①飼育環境（該当部分全てに○して下さい）　　　　　②お散歩

　（　屋内　・　屋外　）　　　　　　　　　　　　　　（　行く　・　行かない　）

③他の動物との触れ合い　　　　　　　　　　　　　　④同居動物や飼い主様の皮膚症状の有無

　（　ある　・　ない　）　　　　　　　　　　　　　　（　ある　・　ない　）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　どのような皮膚症状があるか書いて下さい。

⑤現在の食事とおやつ

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 食事 | | | おやつ | | | その他 |
| ペットフード | | 手作り | 市販 | 人間食 | 野菜・果物 | 例）歯磨きガムや  骨など |
| 病院で購入 | 市販フード | 内容： |  |  |  |
| 製品名： | 製品名： |

**※裏面もあります**

**皮膚症状について**

①いつ頃から症状が出始めましたか？（該当部分に〇をして下さい）

2年以上前　・　1年　・　6ヶ月　・　3ヶ月　・　1ヶ月　・　2週間　・　1週間　・　昨日　・　今日

テキスト が含まれている画像

非常に高い精度で生成された説明テキスト が含まれている画像

非常に高い精度で生成された説明↳（　　　歳　　　ヶ月ごろから）

②どのような症状が気になりますか？

　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（　　　　　　）

③痒みの程度はどのくらいですか？（該当部分に○をして下さい）　　　該当箇所に〇をつけて下さい。↑

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| １ | ２ | ３ | ４ | ５ | ６ | ７ | ８ | ９ | １０ |

時々痒がるが、食事中・

睡眠中・散歩中は掻かない。

たまに掻く。

睡眠中に痒がるが、食事

や散歩中は掻かない。

食事中・睡眠中に掻く。

どんな状況でも掻く。

止めてもすぐに掻く。

④症状が出る時期は決まっていますか？（該当部分に〇を記入して下さい）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |

⑤発症する前に思い当たるきっかけはありますか？（例）フード／食器を変えた、旅行に行った等

　□はい→　　内容

　□いいえ

⑥現在皮膚以外に症状はありますか？

　□はい→　　内容

　□いいえ

⑦過去に病気になったことがありますか？

　□はい→　　　かかった病気：

　□いいえ　　　　　　　時期：

**今までの皮膚科治療について教えて下さい。**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| シャンプー | 通っている  ﾄﾘﾐﾝｸﾞｻﾛﾝ | 塗り薬 | 飲み薬 | 注射 | その他 |
| 製品名： | 種類： | 種類： | 種類： |  |
| 使い方： | サロン名：  頻度： | 使い方： | 使い方： | 使い方： |

その他気になることがあればご記入下さい。