

猫の皮膚科 問診票

年 月 日

ご家族のご氏名	
ねこちゃんの名前	

🐾 症状について

1 いつから症状に気づきましたか?	_____ 歳 _____ カ月頃
2 あてまはる症状に印をつけてください。	<input type="checkbox"/> かゆみ <input type="checkbox"/> 皮膚の色が黒くなっている <input type="checkbox"/> 脂っぽい <input type="checkbox"/> 毛の色の問題 <input type="checkbox"/> 赤くなっている <input type="checkbox"/> かさぶた <input type="checkbox"/> 臭いが強い <input type="checkbox"/> しこりがある <input type="checkbox"/> プツプツがある <input type="checkbox"/> フケが多い <input type="checkbox"/> 毛が抜けた <input type="checkbox"/> やけど・怪我
3 どこに症状がありますか?	右図に書き込んでください ▶▶▶
4 悪化する季節はありますか?	<input type="checkbox"/> 春 <input type="checkbox"/> 夏 <input type="checkbox"/> 秋 <input type="checkbox"/> 冬 <input type="checkbox"/> 一年中 <input type="checkbox"/> 分からない
5 痒みがある場合どんな行動を示していますか?	<input type="checkbox"/> なめる <input type="checkbox"/> 引っかく <input type="checkbox"/> 噛む <input type="checkbox"/> 擦り付ける
6 現在からさかのぼって24時間のかゆみの程度に○をつけてください。	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <p>痒み無し</p> <p>0</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>1</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>2</p> <p>たまに痒そう</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>3</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>4</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>5</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>6</p> <p>起きているとき定期的に痒がる</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>7</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>8</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>9</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>10</p> <p>ほとんどいつも痒がっている</p> </div> </div>

🐾 普段の生活について

7 ねこちゃんの性格は?	<input type="checkbox"/> 活発 <input type="checkbox"/> あまり動かない <input type="checkbox"/> おおらか <input type="checkbox"/> ナイーブ <input type="checkbox"/> ほがらか <input type="checkbox"/> イライラ
8 主食のフードは何ですか?	<input type="checkbox"/> ドライフード <input type="checkbox"/> ウェットフード <input type="checkbox"/> 手作り食
9 フードの製品名は?	製品名 _____ 会社名 _____
10 おやつやデンタルガム、サプリメントは食べますか?	<input type="checkbox"/> ほぼ毎日食べる <input type="checkbox"/> 週に2~3回食べる <input type="checkbox"/> ほとんど食べない <input type="checkbox"/> 食べない →食べている場合(その種類は? _____)
11 排便回数	1日(____)回くらい <input type="checkbox"/> 硬い <input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> 軟らかい <input type="checkbox"/> 最後だけ軟らかい
12 ご家族や同居している動物に皮膚の症状はありますか?	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (誰に? _____) (どのような? _____)
13 シャンプーをご自宅で行いますか?	<input type="checkbox"/> しない <input type="checkbox"/> する (頻度 _____) (シャンプー製品名 _____)
14 最近、次の所には行きましたか?	<input type="checkbox"/> ペットサロン <input type="checkbox"/> ペットホテル <input type="checkbox"/> ドッグラン <input type="checkbox"/> 他の動物病院 (いつ? _____)

🐾 お薬について

15 投与中のお薬は?	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (薬名 _____)
16 駆虫薬(ノミ・マダニ駆除剤)を直近で投与したのはいつですか?	_____ 年 _____ 月 _____ 日 (薬品名 _____)
17 お薬を飲ませることについて	<input type="checkbox"/> 問題なく投薬できる <input type="checkbox"/> 飲ませられない <input type="checkbox"/> 投薬に苦労することがある <input type="checkbox"/> 内服薬を投与したことがない
18 外用薬について	<input type="checkbox"/> スプレー剤や軟こうをつけられる <input type="checkbox"/> 投与できない <input type="checkbox"/> 点耳薬をつけられる <input type="checkbox"/> 投与したことがない

🐾 治療について

19 過去に皮膚病を診断されたことはありますか?	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (診断名 _____)
20 治療と病気の経過をなるべく詳しく教えてください。	
21 皮膚病の治療で右記のお薬を投与したことはありますか?	<input type="checkbox"/> ステロイド内服薬 <input type="checkbox"/> 薬用シャンプー <input type="checkbox"/> 抗生物質 <input type="checkbox"/> ステロイド外用剤 <input type="checkbox"/> 保湿剤 <input type="checkbox"/> アトピカ <input type="checkbox"/> 点耳薬 <input type="checkbox"/> その他(_____) <input type="checkbox"/> 種類は分からないが薬を投与したことがある 効き目や副作用はどうでしたか?
22 治療やお薬について特に気になる点がありますか?	効果、副作用、値段、飲ませ方 等