

問診票 2 (皮膚病)

皮膚病で受診される方はこちらの用紙をご記入ください。

①最初に気が付いた時はいつですか？	年 月 日頃から <input type="checkbox"/> 急に <input type="checkbox"/> 徐々に <input type="checkbox"/> 繰り返している
②体のどの部分ですか？	<input checked="" type="checkbox"/> 体部 <input type="checkbox"/> :腹 <input type="checkbox"/> :背中 <input type="checkbox"/> :胸 <input type="checkbox"/> :肛門 <input checked="" type="checkbox"/> 顔 <input type="checkbox"/> :目 <input type="checkbox"/> :くち <input type="checkbox"/> :耳 <input checked="" type="checkbox"/> 四肢 <input type="checkbox"/> :足先 <input type="checkbox"/> :足の裏 <input type="checkbox"/> :指の間 <input checked="" type="checkbox"/> 四肢 <input type="checkbox"/> :脇 <input type="checkbox"/> :肘 <input checked="" type="checkbox"/> その他：
③かゆみはありますか？	<input type="checkbox"/> 時々かく・舐める <input type="checkbox"/> 始終かいている・舐める <input type="checkbox"/> かゆみはない
④かゆみはいつ頃からでていますか？	<input type="checkbox"/> 1歳前後 <input type="checkbox"/> 2-3歳 <input type="checkbox"/> 4歳以上
⑤季節性がありますか？	<input type="checkbox"/> 春先 <input type="checkbox"/> 夏 <input type="checkbox"/> お盆過ぎ (秋) <input type="checkbox"/> 通年 <input type="checkbox"/> 季節性はない
⑥かゆがるタイミングはありますか？	<input type="checkbox"/> 布団に入った時・入った後 <input type="checkbox"/> エアコンをつけた時・つけた後 <input type="checkbox"/> 草むらにいる時・行った後 <input type="checkbox"/> 特にない <input type="checkbox"/> その他⇒
⑦1日の排便回数は3回以上ありますか？※	※かゆみのある方のみご記入ください <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない
⑧過ごしている環境を教えてください	<input type="checkbox"/> :室内 <input type="checkbox"/> :屋外のみ
⑨他の動物との接触はありましたか？	<input type="checkbox"/> 同居動物 <input type="checkbox"/> 外に行くので可能性あり <input type="checkbox"/> ない
⑩ノミ・ダニの予防はしていますか？	<input type="checkbox"/> している 年 月 日頃 <input type="checkbox"/> していない
⑪飼主さんに症状はありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある⇒症状:
⑫その他	1.現在薬を飲んでいますか？ 2.治療歴