

— 皮膚問診票 —

	Q. 質問	A. 回答
1	過去に皮膚や耳に異常が見られた事がありますか？ (複数回答可)	今回が初めて・以前にも何度かあった・長期治らない
2	初めて皮膚疾患または外耳炎に気付いたのは何歳頃ですか？	_____歳
3	症状が最も悪くなる季節を教えてください (複数回答可)	春・夏・秋・冬 季節関係なく年中悪い
4	皮膚病の場所の斜線をお願いします	
	一番気になる場所はどこですか？ (脱毛・かゆみ等)	
	皮膚病で当てはまる症状を教えてください (複数回答可)	
5	毎月のノミ予防	<ul style="list-style-type: none"> ・スポットタイプ (マイフリーガード・フロントライン) ・おやつタイプ (ネクスガード) ・錠剤タイプ (コンフォティス) ・していない
6	現在与えているフード・おやつについて	主食となるフードの商品名 () その他おやつ・トッピング等 ()
7	当てはまるものはありますか？ (複数回答可)	時々、軟便や下痢をする 排便が1日3回以上・月2回以上嘔吐する 眼が赤くなる・涙が多い
8	シャンプーの頻度	毎週・2週間に1回
	使用してるシャンプー名	1ヵ月に1回・自宅では洗わない
9	他院で治療を受けられましたか？	はい・いいえ
	他院での治療の際、使用した薬は？	抗生物質・ステロイド剤・抗真菌剤 抗ヒスタミン剤・その他 ()
	どれくらいの期間飲んでいましたか？	1週間以内・2週間以内 1ヵ月以内・1ヵ月以上
	治療の効果はいかがでしたか？	効果的・一時的に効果があった・あまり効果が無かった