

— 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はありますか？（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下さい（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	
	皮膚病で当てはまる症状を教えて下さい (複数回答可)	かゆみ・発疹・赤み・脱毛 外耳炎になったことがある 指をよく舐める・ただれてる その他 ()
5	毎月のノミ予防	・スポットタイプ ・おやつタイプ ・錠剤タイプ
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 ()
8	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？	抗生素質・ステロイド剤・抗真菌剤 その他 ()
	どれぐらいの期間飲んでいましたか？	1週間以内・2週間以内 1カ月以内・1カ月以上
	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
9	アレルギー検査を希望されますか？	はい・いいえ
10	動物さんの治療経過のお写真を当院HPやSNSに載せさせていただいても宜しいですか？	はい・いいえ