

皮膚問診票

◆動物情報◆

| | | | |
|--------|-------|----|---|
| カルテNo. | | 名前 | |
| 生年月日 | 年 月 日 | 種別 | 犬・猫 |
| | | 性別 | <input type="checkbox"/> オス <input type="checkbox"/> 去勢オス <input type="checkbox"/> メス <input type="checkbox"/> 避妊メス |

◆症状内容◆

| | |
|--------------|--|
| 初発 | <input type="checkbox"/> ____ 日前、 <input type="checkbox"/> ____ 週間前、 <input type="checkbox"/> ____ カ月前、 <input type="checkbox"/> ____ 年前または(____ 歳のとき)、 <input type="checkbox"/> 分からない |
| 症状 | |
| 季節性 | <input type="checkbox"/> 春 / 夏 / 秋 / 冬 に酷くなる <input type="checkbox"/> 季節の変わり目：(<input type="checkbox"/> いつからいつ ____ ~ ____、 <input type="checkbox"/> 季節の変わり目はいつも) <input type="checkbox"/> 変わらない <input type="checkbox"/> わからない |
| 現在のフード | <input type="checkbox"/> ドライ(商品名： _____) <input type="checkbox"/> 缶詰(商品名： _____) <input type="checkbox"/> 手作り(具体的に： _____) <input type="checkbox"/> おやつ(具体的に _____) |
| 過去のフード | <input type="checkbox"/> ドライ(商品名： _____) <input type="checkbox"/> 缶詰(商品名： _____) <input type="checkbox"/> 手作り(具体的に： _____) <input type="checkbox"/> おやつ(具体的に _____) |
| 予防 | 【ノミ・ダニ駆除】 <input type="checkbox"/> している(<input type="checkbox"/> 投薬名： _____、 <input type="checkbox"/> その他： _____) <input type="checkbox"/> していない |
| これまでの皮膚病の治療歴 | <input type="checkbox"/> 他院で受診歴あり <input type="checkbox"/> (具体的に： _____) <input type="checkbox"/> 他院で受診歴なし <input type="checkbox"/> |
| 基礎疾患 | <input type="checkbox"/> あり (具体的に： _____) <input type="checkbox"/> なし |