



クッキー動物病院

担当獣医師 小細



来院前にこの質問票を書ける範囲で構いませんのでご記入下さい。

1. 来院されたあなたのペットは、皮膚にどのような問題がありますか？
2. 最初に皮膚病が始まったとき、あなたのペットは何歳でしたか？その問題はどのくらい続いていますか？
年齢____歳
どのくらい：
3. 皮膚の問題が始まった時は、突然でしたか？それとも時間をかけて徐々に始まりましたか？
突然・時間をかけて。具体的には：
4. その皮膚の問題は、最初はどのように見えましたか？（「発疹が出てきた」など）
5. そのあと、どのように変化したり、広がったりしましたか？
6. その問題は次のうちどれに当てはまりますか？（チェックマーク☑を入れてください）：
 薬を使っても、続いている 続いているが、薬を使うと良くなる ときどき、あるいは、たまに出てくる
7. その問題は一年のうち特定の時期に悪化しますか？ ある場合、それはいつですか？
8. この一年のうち、皮膚病が主に発生した時のペットの痒みはどのくらいでしたか？ 1～10の度合いで表して下さい。
1は正常な人や動物で見られるように、ときどき掻く程度。10は持続的な激しい引っ掻き程度 _____
9. この1ヶ月の間で、あなたのペットの痒みを8と同じく数字で度合いを表して下さい。 _____
10. 現在、あなたのペットは何か治療していますか？それはどのような治療ですか？
11. あなたのペットが最後に薬(どんなものでも)を使ったのはいつですか？ - その薬は何でしたか？
いつ：
薬（分かる範囲で構いません）：

12. 今現在、ペットに与えている食事は何ですか？

13. 治療として別の食事を1つでも試したことがありますか？ あれば、商品名、種類、与えた期間を記入して下さい
商品名：

種類：

期間：

14. シャンプーの回数はどのくらいですか？（「週に～」「月に～」という書き方で構いません。）

15. あなたのペット（同じ家の他のペットも含めて）にノミがついていたのを最後に見たのはいつですか？

16. ペットが何歳の時に飼い始めましたか？どこから入手しましたか？（友人から、ショップからなど）

年齢 ____ 歳 どこから入手しましたか？

17. 同じ家に他のペットはいますか？

いない ・ いる （具体的には： _____)

18. 他のペットも皮膚に問題がありますか？

なし ・ あり （具体的には： _____)

19. ご家庭に皮膚の問題がある人はいますか？

いない ・ いる （誰ですか： _____)

20. あなたのペットが、室内、室外で過ごす時間の割合をパーセントで表して下さい。

室内： _____ % 室外： _____ %

21. 皮膚病の他にも、何か診断された病気などはありますか？

なし ・ あり （具体的には： _____)

22. 上記には書かれていない、その他の症状はありますか？ または、ペットの皮膚病に関係していると思われるようなことが、他に何かありますか？

なし ・ あり （具体的には： _____)

23. ペットの皮膚に問題が起こってからこれまでの間に、認められた症状とその程度について、次の表の当てはまる個所にチェックマークを入れて下さい。(それぞれの症状につき1つだけチェックマーク☑を入れて下さい。)

症状	起こった事は無い。 または全く無い	ごくたまに起こる。 または軽度	時おり起こる。 または中程度	頻ぱんに起こる。 または重度
ペット自身が体を引っ掻く／舐める／かじる				
脱毛、または被毛がなかなか生えてこない				
皮膚の赤みが強くなる				
小さな赤い斑点、にきび、盛り上がり、発疹				
フケ、皮膚のかさつき(薄片状)、がさつき(細かい鱗状)				
皮膚または被毛の臭いが強くなる				
皮膚のかさぶた、またはかさぶたに覆われた部位がある				
開いた生傷				
血または膿がにじんでいる部位がある				
目 - 赤み、刺激、痒み、目脂(めやに)				
被毛の色または手ざわりが変化した				
皮膚に色の濃い部位がある				
皮膚の色素が薄くなる - 暗い色の部分がピンク色になる				
耳の感染				
ペットにノミが見られた				
下痢または軟便				
嘔吐				
くしゃみまたは喘鳴(ぜいぜい言う)				
ペットの性格が以前とは違う				
ペットの活動が以前とは違う				
体重減少または体重増加				
ペットの食欲が変わった				
飲水量が変わった				
排尿の習慣が変わった				

24. あなたのペットが次の体の部位を、舐める、かじる、引っ掻く、または擦りつけるのはどのくらいですか？(それぞれの体の部位に対し、1つだけチェックマーク☑を入れて下さい。)

体の部位	痒み無し	軽度の痒み	中程度の痒み	重度の痒み
足／手				
脚／腕				
腹部(おなか)／陰部				
脇の下／胸／体の側面				
顔／目				
耳／耳介				
背中または殿部				
尾				

25. これまでにあなたのペットに使われた薬の種類と、それが役に立ったかどうかを知ることは大切なことです。下
 にあげる薬の中で、投与したことがあるものにチェックマークを入れ、投与した場合はその薬がどの程度効果
 があったかチェックマークを入れて下さい。（投与したことがあれば“はい”にチェックマークを入れ、次にその
 治療がどれ位役に立ったのかチェックマーク☑してください）

治療法 または 薬	これまでに投与されたことがありますか？			投与された場合、どの程度役立ちましたか？		
	はい	いいえ	分かりません	役に立たなかった	ある程度役に立った	とても役に立った
コルチゾンの錠剤または注射（ステロイド、プレドニゾン、ベタログ、痒み止めの錠剤）						
抗生物質のみ （同時に他の投薬無し）						
抗ヒスタミン剤						
脂肪酸カプセル						
イベルメクチン （ダニ用の注射）						
薬用シャンプー						
薬浴						
ノミ予防						

ご記入いただき、誠にありがとうございました。