

# クッキー動物病院

担当獣医師 小細

## 皮膚科ヒストリー

来院前にこの質問表に答えを記入して下さい。

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？ \_\_\_\_\_
3. 皮膚の問題が始まったときは、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？ \_\_\_\_\_
4. その皮膚の問題は、一番最初はどのように見えましたか？ \_\_\_\_\_
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？ (にチェックを入れて下さい)：  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？ 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 から 10 で表して下さい。1 は正常な人や動物で見られるように、ときどき掻く程度です。10 は持続的な激しい引っ掻きを意味します。ここに 1 から 10 の数字で書き込んで下さい： \_\_\_\_\_
9. 同じ 1 から 10 の数字で、この 1 ヶ月のあなたのペットの痒みを表してみてください。ここに 1 から 10 の数字で書き込んで下さい： \_\_\_\_\_
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？ \_\_\_\_\_
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： \_\_\_\_\_
14. シャンプーの回数はどのくらいですか？ \_\_\_\_\_
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？ \_\_\_\_\_
17. 同じ家に他のペットはいますか？ \_\_\_\_\_
18. 他のペットも皮膚に問題がありますか？ \_\_\_\_\_ ご家庭に皮膚の問題がある人はいますか？ \_\_\_\_\_
19. 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： \_\_\_\_\_ %
20. 皮膚病の他にも、何か診断された病気などがありますか？ \_\_\_\_\_
21. 上記には書かれていない、その他の症状はありますか？ 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？ \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

⇓ ⇓裏面のページも続けてお答え下さい⇓ ⇓

22. ペットの皮膚に問題が起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                          | 起こったことは無い、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／噛る         |                    |                |               |                |
| 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                  |                    |                |               |                |

23. あなたのペットが次の体の部位を、舐める、噛む、噛る、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。)

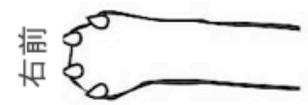
| 体の部位       | 痒み無し | 軽度の痒み | 中程度の痒み | 重度の痒み |
|------------|------|-------|--------|-------|
| 足／手        |      |       |        |       |
| 脚／腕        |      |       |        |       |
| 腹部(おなか)／陰部 |      |       |        |       |
| 脇の下／胸／体の側面 |      |       |        |       |
| 顔／目        |    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

24. 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かを記入して下さい)

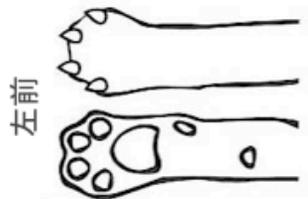
| 治療法 または 薬                                | これまでに投与されたことがありますか？ |     |        | 投与された場合、どの程度役立ちましたか？ |           |          |
|--|---------------------|-----|--------|----------------------|-----------|----------|
|  | はい                  | いいえ | 分かりません | 役に立たなかった             | ある程度役に立った | とても役に立った |
| 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                                     |                     |     |        |                      |           |          |



左前側



右前



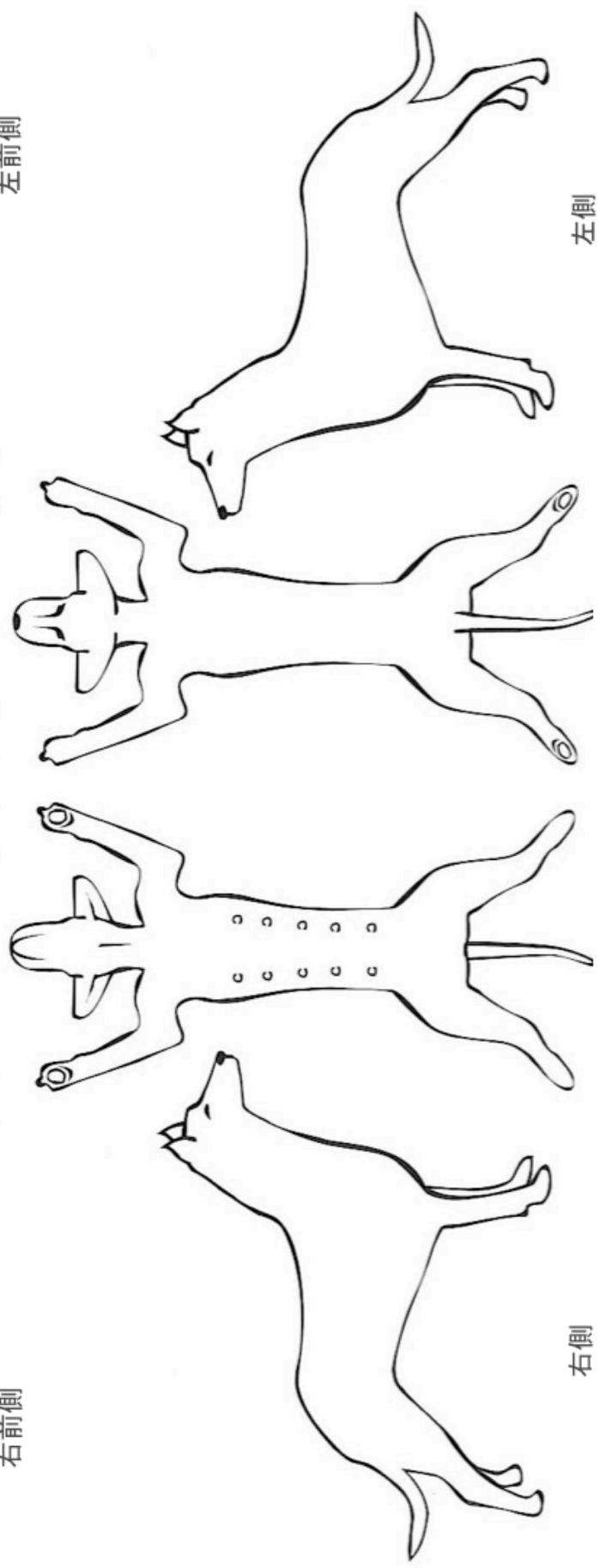
左前



右前



右前側

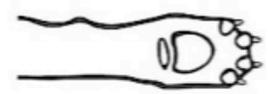


左側

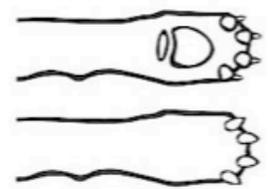
上面

下面

右側



右後



左後



右後

**SCHOOL OF VETERINARY MEDICINE  
VETERINARY MEDICAL TEACHING HOSPITAL**

日付: \_\_\_\_\_ 体重: \_\_\_\_\_ (Kg) = \_\_\_\_\_ (Lb)

診察の理由:

- 新規の患者(ヒストリー調査票記入済)
- 獣医師の指示による進行状況の報告または定期健診
- 再評価/問題あり
- その他 \_\_\_\_\_

前回の診察日: \_\_\_\_\_

T \_\_\_\_\_ P \_\_\_\_\_ R \_\_\_\_\_

UNIVERSITY OF WISCONSIN – MADISON

診察の理由/主訴 \_\_\_\_\_

薬物やその他に対する既知のアレルギー \_\_\_\_\_ 現在の食事 \_\_\_\_\_

前回の診察からの進行状況、(適切であれば)薬の反応も含めて:

---



---



---



---



---



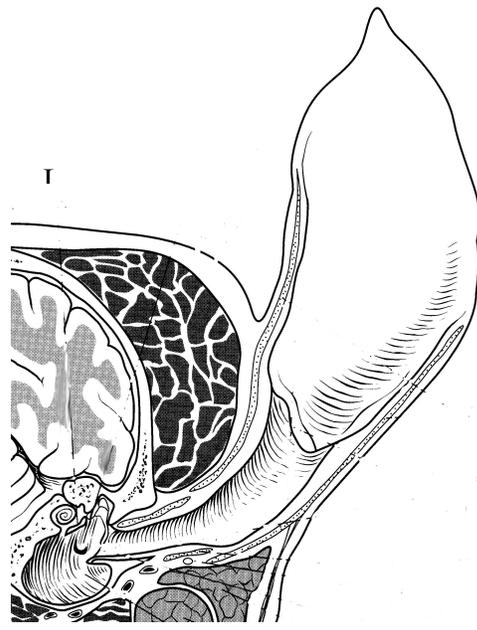
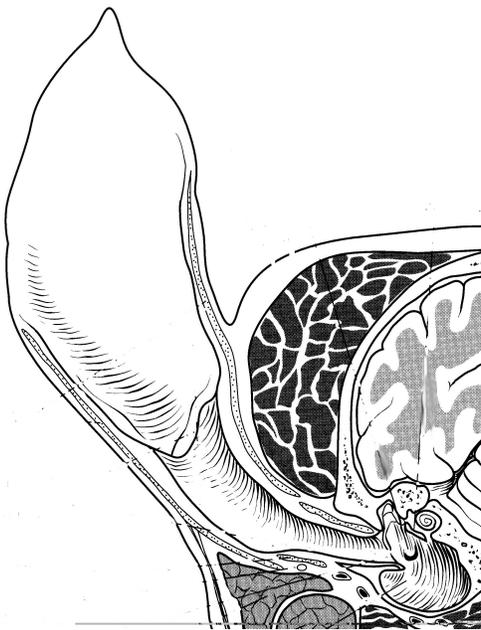
---

現在および最近の薬物投与(局所性と全身性):

| 薬剤               | 投与量(mg で)と頻度(1日に何回) | 最後に投与したのは |
|------------------|---------------------|-----------|
| 抗生物質または抗真菌剤(全身性) |                     |           |
| コルチコステロイド(全身性)   |                     |           |
| 点耳薬              |                     |           |
| 耳洗浄剤(イヤークリーナー)   |                     |           |
| その他の薬            |                     |           |

一般検査:

|   |   |  |
|---|---|--|
| 態度: <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 <input type="checkbox"/> 検査せず   | 眼: <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 <input type="checkbox"/> 検査せず  | 鼻: <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 <input type="checkbox"/> 検査せず     |
| 会陰部: <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 <input type="checkbox"/> 検査せず  | 口腔: <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 <input type="checkbox"/> 検査せず | リンパ節: <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 <input type="checkbox"/> 検査せず  |
| 筋骨格系: <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 <input type="checkbox"/> 検査せず | 腹腔: <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 <input type="checkbox"/> 検査せず | 心/呼吸器: <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 <input type="checkbox"/> 検査せず |
| その他コメント:  |   |  |



現時点での耳の掻痒レベル(ヒストリー／検査より): 無し 軽度 中程度 重度 不明

ヒストリー上の耳の問題は: 完全に片側のみ 両側性／常に片方が悪い\_\_\_ 両側性／右、左と変わる 両側性／同等  
急性／単発性 慢性／再発性 慢性／くすぶっている 慢性／持続性

現在の耳の問題は: 片側性 両側性／片がより悪い\_\_\_ 両側性／同等

併発する皮膚疾患の徴候は全て記述する \_\_\_\_\_

|                  | 右耳                             | 左耳                             |
|------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| 耳介部皮膚炎           | 無し 軽度 中程度 重度                   | 無し 軽度 中程度 重度                   |
| 触知可能な肥厚          | 無し 軽度 中程度 重度                   | 無し 軽度 中程度 重度                   |
| 滲出物              | 無し 軽度 中程度 重度<br>崩れやすい ワックス状 膿性 | 無し 軽度 中程度 重度<br>崩れやすい ワックス状 膿性 |
| 外耳道の炎症           | 無し 軽度 中程度 重度                   | 無し 軽度 中程度 重度                   |
| 外耳道の閉塞           | (%)                            | (%)                            |
| 鼓膜               | 在り 見えない 無い                     | 在り 見えない 無い                     |
| 聴力障害<br>(飼い主の評価) | 無し 部分的 完全                      |                                |
| 前庭症状             |                                |                                |
| その他の検査所見         |                                |                                |
| 耳の細胞診            |                                |                                |

診断と治療計画: