



# 初診問診票



初診日： 年 月 日

カルテNO. 

## ◆飼い主様基本情報◆

フリガナ

飼い主名 \_\_\_\_\_ 様

住所

〒 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

携帯番号

( \_\_\_\_\_ )

自宅その他

( \_\_\_\_\_ )

紹介者

\_\_\_\_\_ 様

## ◆ペットの基本情報◆

名前 \_\_\_\_\_ ちゃん 猫種 ( \_\_\_\_\_ ) 毛色 ( \_\_\_\_\_ )

性別

 ♂ ♀

不妊手術

 済 未

※ 女の場合：最終発情の時期 ( \_\_\_\_\_ ) 頃

生年月日

\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

マイクロチップ<sup>®</sup> あり なし 不明

飼い始めた時期

\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

## ◆生活環境について◆

同居動物の有無  なし  あり (動物種： \_\_\_\_\_) (頭数： \_\_\_\_\_ 匹)

飼育場所

 完全室内 中外出入り自由 屋外

排泄状況

尿 1日 ( \_\_\_\_\_ ) 回 便 1日 ( \_\_\_\_\_ ) 回

嘔吐や下痢の有無

嘔吐  頻繁にする  時々する (頻度や吐物内容： \_\_\_\_\_) しない下痢  頻繁にする  時々する (頻度や便の状態： \_\_\_\_\_) しない

食事

回数：1日 ( \_\_\_\_\_ ) 回

内容：□ドライフード □ウェットフード (缶詰・レトルトなど) □手作り

(フードの使用銘柄や手作り食の内容： \_\_\_\_\_ )

食欲

 一気に食べる ゆっくり食べる 何回かに分けて食べる 食が細い

おやつ

 与えている (頻度： \_\_\_\_\_) (おやつの種類： \_\_\_\_\_) 与えていない

## ◆予防について◆

混合ワクチン接種

 毎年している 時々している (最終接種： \_\_\_\_\_ 年)  していない

ノミダニ予防

 毎年している 時々している (最終投与： \_\_\_\_\_ 年)  していない

製剤名

ミダニ予防薬 ( \_\_\_\_\_ )

## ◆病歴について◆

既往歴

 ある (病名 \_\_\_\_\_)  ない

尿路疾患歴

 ある (具体的に： \_\_\_\_\_)  ない

不妊手術以外の手術

 ある (具体的に： \_\_\_\_\_)  ない

現在治療中の病気

 ある (病名： \_\_\_\_\_)  ない

現在投薬中の薬

 ある (薬品名： \_\_\_\_\_)  ない

お薬や注射での副反応

 ある (具体的に： \_\_\_\_\_)  ない

アレルギーの有無

 ある (具体的に： \_\_\_\_\_)  ない

## ◆保険加入について◆

ペット保険加入の有無

 あり (保険会社名： \_\_\_\_\_)  なし

## ◆本日のご来院理由◆

※ 2ページ目に皮膚科の問診票がございます。診察予定の飼い主さんは入力をお願いいたします。



年 月 日

**皮膚科専門診療 問診票**

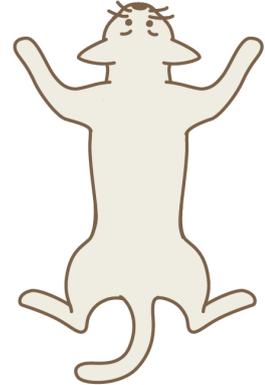
※当てはまるもの全てに✓または入力をお願いします。

症状のある所に✓をしてください

**皮膚症状について**

① どのような症状が気になりますか？✓をしてください

カサブタ ベタつき 皮膚の肥厚 皮膚の黒ずみ  
におい 赤み ブツブツ ただれ フケ 脱毛  
耳あか 耳を痒がる その他( )



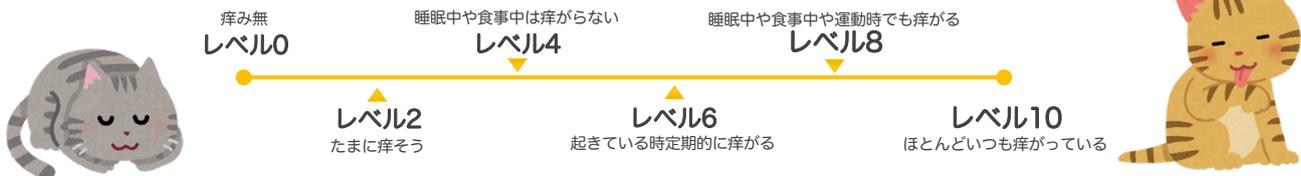
② それはいつからですか？✓をしてください

1~3日前 1週間前 2週間前 1ヶ月前  
1ヶ月以上前( 月) 1年以上前( 年)

③ 症状は変化していますか？

いいえ はい： 大きくなった 増えた 広がった 症状に波がある その他( )

④ 痒みのレベルはどれぐらいですか？(0~10まで)



**生活環境について**

⑤ 飼育場所は？ 常に屋内 ほとんど屋内 屋内屋外半々 ほとんど屋外 常に屋外

⑥ ノミ・マダニ予防薬は投与していますか？ いいえ はい (製品名: )

⑦ 同居動物や人に皮膚症状はありますか？ いいえ はい (症状: )

⑧ 現在の食事とおやつは？

ドライフード (製品名: ) ウェットフード (製品名: )

おやつ ( ) 野菜・果物 ( ) 人の食べ物など ( )

⑨ お家に猫用トイレはいくつありますか？ ( 個)

⑩ 環境の変化やストレスになるようなことはありましたか？ いいえ はい ( )

(ex. 引っ越し、家族の変化、工事などの騒音、同居動物との関係性など)

**今までの治療歴について**

⑪ 今回の皮膚症状について、治療を受けたことはありますか？ いいえ はい

⑫ 現在治療中の病気はありますか？ いいえ はい (疾患名: )

⑬ 現在使用しているお薬はありますか？ いいえ はい (製品名: )

⑭ 今までにおしこのトラブルを起こしたことはありますか？ いいえ はい ( )

⑮ 薬や食べ物でアレルギーが出たことはありますか？ いいえ はい ( )

⑯ その他、ご要望や気になることはございますか？ご自由にご記入ください。

[ ]

記入後はこのPDFデータを上書き保存して頂き、webサイトの「問診票を送る」からメールに添付して送信をお願いいたします。