

【皮膚・被毛に異常が見られるとき用】

●皮膚・被毛の状態について

診察日

年

月

日

No. _____

主な症状	<input type="checkbox"/> かゆがる <input type="checkbox"/> 脱毛している <input type="checkbox"/> 皮膚の色が変わった <input type="checkbox"/> 強におう <input type="checkbox"/> 発赤（炎症による赤み）がある <input type="checkbox"/> 発疹（ブツブツ）がある <input type="checkbox"/> できもの・しこりがある <input type="checkbox"/> カサカサしてふけが多い <input type="checkbox"/> 脂っぽくベタベタする <input type="checkbox"/> 虫（ノミ・ダニ）がいる <input type="checkbox"/> 毛づやが悪くなった <input type="checkbox"/> その他（ ）
異常がある部位	<input type="checkbox"/> お腹 <input type="checkbox"/> 脇・股 <input type="checkbox"/> 背中 <input type="checkbox"/> 足先 <input type="checkbox"/> 耳 <input type="checkbox"/> 口周り <input type="checkbox"/> 全身 <input type="checkbox"/> 顔全体 <input type="checkbox"/> 目のまわり <input type="checkbox"/> しっぽの付け根や肛門周り <input type="checkbox"/> その他（ ）
症状が出た時次のものにさらされたり、接触したり、食べたりしたことがありますか？	<input type="checkbox"/> 冷気 <input type="checkbox"/> 湿気 <input type="checkbox"/> タバコ煙 <input type="checkbox"/> 毛織物 <input type="checkbox"/> 埃 <input type="checkbox"/> 香水、化粧品 <input type="checkbox"/> 特別な食品（ ） <input type="checkbox"/> 薬物 <input type="checkbox"/> その他（ ）
いつ頃から症状に気づきましたか？	（ ）前頃から

●かゆみの症状について

かゆみの症状について	<input type="checkbox"/> ひどくかゆがる <input type="checkbox"/> たまに掻く程度 <input type="checkbox"/> 掻くタイミングがある（ ） <input type="checkbox"/> その他（ ）
家族・同居動物のかゆみの有無	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない
思い当たる原因	<input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> フードを変えた <input type="checkbox"/> 衣服や食器を変えた <input type="checkbox"/> 環境が変わった <input type="checkbox"/> 野山で遊ばせた <input type="checkbox"/> その他（ ）

●脱毛の症状について

脱毛の症状	<input type="checkbox"/> 炎症のある部位に局所的に脱毛 <input type="checkbox"/> 円形に脱毛 <input type="checkbox"/> 全体的に薄くなっている <input type="checkbox"/> 左右対称に脱毛 <input type="checkbox"/> その他（ ）
思い当たる原因	思い当たる原因があれば（ ）

●時期・原因について

今まで同様の症状がありましたか？	<input type="checkbox"/> あった（ <input type="checkbox"/> 春 <input type="checkbox"/> 夏 <input type="checkbox"/> 秋 <input type="checkbox"/> 冬 <input type="checkbox"/> 季節関係なし） <input type="checkbox"/> はじめて
症状が悪化するのはいつですか？	<input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 日中 <input type="checkbox"/> 夜 <input type="checkbox"/> 屋内 <input type="checkbox"/> 屋外
ペットが好んで遊んでる環境はどんな場所ですか？	<input type="checkbox"/> コンクリート <input type="checkbox"/> 芝生 <input type="checkbox"/> 雑草など