

問診票（皮膚）

今日はどうされましたか？（ ）

以下の項目にお答えください。

- ・痒みはありますか？ ない
ある 痒みの強さは？かく頻度をお答えください。

①1日に1～2回 ②1日中、頻繁に ③夜も眠れないくらい

・初めて症状が出たのは何歳頃ですか？（ ）

・症状は季節によって強さが異なりますか？ はい ・ いいえ

・今までの投薬歴を分かる範囲でお答えください。それらで症状は改善しましたか？

薬名（ ） 反応： 改善あり ・ 改善なし
（ ） 反応： 改善あり ・ 改善なし
（ ） 反応： 改善あり ・ 改善なし

・ノミ予防はしていますか？ している ・ していない

・よく痒みが出る（かく、舐める）部位に○をつけてください



・フード内容

市販食：（ ） 療法食：（ ）
おやつ：（ ） その他：（ ）

・排便回数 一日 およそ 回

ご協力ありがとうございました。診察まで少々お待ちください。