

1. 今回の主な症状は以下のどれですか

(当てはまるもの全てに○をつけてください。)

※耳の左右は飼い主様から見てではなく、動物にとって左か右かでお答えください。

左耳：かゆみ・腫れ・赤み・ニオイが強い・白～黄色い耳垢が多い・茶色い耳垢が多い
できものがある・無症状

右耳：かゆみ・腫れ・赤み・ニオイが強い・白～黄色い耳垢が多い・茶色い耳垢が多い
できものがある・無症状

顔/耳をよく振る・元気がない・食欲がない・首をかしげている・まっすぐ歩けない
どれも当てはまらない

具体的にご記入ください

(_____)

2. いつから症状がありますか？

3. 症状に季節性はありますか？あればどの季節ですか？

ない・ある (春 夏 秋 冬)

4. ご自宅で耳掃除されていますか？

どのように、週に何回、月に何回など詳しくご記入ください。

例：耳の洗浄液で週に1回

していない

している

(_____)

5. 普段の食事について教えてください。

メインフード：

トッピング：

おやつ：

6. 予防薬は何を使用しているかわかる範囲で詳しく教えてください。

(例：ネクスガード、錠剤のフィラリア薬、スポットオンタイプのノミ予防薬etc)

7. 耳以外に何か症状はありますか？

(例：顔をかゆがる、指の間を舐める、噛む)

ない

ある ()

8. これまで行ってきた治療について

可能であれば薬剤名や形状、飲ませ方やいつまで飲んでいたかなどを詳しく教えてください。
治療に対する反応はいかがでしたか？(例：プレドニゾロン、錠剤→あまり効かなかった)

飲み薬：

塗り薬：

点耳薬：

洗浄液：

食事療法：

サプリメント：

その他：

※ビデオオトスコープ（耳道内視鏡）での処置となる場合もあります。その場合保存した画像や動画を今後の獣医療の発展のために学会発表や研究報告として使用する事にご同意いただけますか。患者様の個人情報等の開示を行うことはありません。

同意する ・ 同意しない

ご記入ありがとうございました。

診察の準備ができるまでもうしばらくお待ちください。