

問診票

年 月 日

飼い主様について教えてください。

| | | | |
|------|--|-------|-----|
| フリガナ | | 住 所 | 〒 ー |
| 飼い主名 | | | |
| TEL | | 緊急連絡先 | |

ペットについて教えてください。

| | | | |
|------|-----------------|------|-----------------|
| ペット名 | | 性別 | オス・メス（去勢・避妊）・不明 |
| 動物種 | 犬・猫・ウサギ・ハムスター・鳥 | 生年月日 | 年 月 日（約 歳） |
| 品種 | | 毛色 | |

1. 本日のご来院は？

- 具合が悪い（診察）
- ワクチン接種
- フィラリア予防
- その他
（ ）

→ どんな症状ですか？

いつ頃からですか？

2. ペットのいる場所は主にどこですか？

- 室内（自由・ケージ内）
- 室内外
- 室外

3. 普段どんなものを食べていますか？

- ペットフード（ドライ・缶詰・両方）
- おやつ（具体的に ）
- 人の食材（具体的に ）

4. 今までに大きな病気や怪我などをしたことがありますか？

- はい
- いいえ

→ いつ頃ですか？

病名または症状は？

5. ワクチンや注射、内服等で具合が悪くなったりアレルギー等の異常が見られたことがありますか？

- はい
- いいえ

→ 注射・内服等の種類は？

症状は？

ありがとうございました。

※病院記入欄