

■ 飼い主様の情報

フリガナ

〒

お名前

ご住所

電話番号

緊急連絡先

ご職業：

■ わんちゃんの情報

フリガナ

お名前

品種：

毛色：

生年月日：西暦

年

月

日（

才

ヵ月）

性別

 オス メスペット保険： 未加入 加入（保険会社：

）

不妊
手術 去勢 避妊予防歴： ノミ・マダニ フィラリア 狂犬病（最終接種：年 月 日） 混合ワクチン（最終接種：年 月 日 種）

- お迎えした経緯 購入した 譲り受けた 自宅で生まれた 拾った
- 生活環境 室内のみ 屋外のみ 両方 その他（ ）
- 散歩 日に 回（1回 分） 行かない
- 同居動物 無 有（ 頭） 動物種（ ）
- 食事内容 ドライ（メーカー名 ）
 ウェット（メーカー名 ）
 好きな食べ物（ ）
- 現在治療中の病気 無 有 [病名： 薬：]
- 過去に治療した病気 無 有 [病名：]
- 薬や注射で具合が悪くなったことはありますか？
 無 有：ワクチン・注射薬・飲み薬（薬剤名： ）
症状（ ）
- 来院しやすい曜日はありますか？ 日・月・火・水・木・金・土
- 当院をどうやって知りましたか？
 HP 通りがかり ご紹介（ ） 口コミサイト その他

ご記入ありがとうございました。

■ 飼い主様の情報

フリガナ	〒	
お名前	ご住所	
電話番号	緊急連絡先	ご職業：

■ ねこちゃんの情報

フリガナ	品種：	毛色：
お名前		
生年月日：西暦	年 月 日 (才 カ月)	性別 <input type="checkbox"/> オス <input type="checkbox"/> メス
ペット保険： <input type="checkbox"/> 未加入 <input type="checkbox"/> 加入 (保険会社：)	不妊手術 <input type="checkbox"/> 去勢 <input type="checkbox"/> 避妊
予防歴： <input type="checkbox"/> ノミ・マダニ <input type="checkbox"/> フィラリア		
	<input type="checkbox"/> 混合ワクチン (最終接種： 年 月 日 種)	

- お迎えした経緯 購入した 譲り受けた 自宅で生まれた 拾った
- 生活環境 室内のみ 屋外のみ 両方 その他 ()
- 同居動物 無 有 (頭) 動物種 ()
- 食事内容 ドライ (メーカー名)
 ウェット (メーカー名)
 好きな食べ物 ()
- ウイルス検査を受けたことはありますか？ 無
 有 [猫エイズ + / - 猫白血病 + / -]
- 現在治療中の病気 無 有 [病名： 薬：]
- 過去に治療した病気 無 有 [病名：]
- 薬や注射で具合が悪くなったことはありますか？
 無 有：ワクチン・注射薬・飲み薬 (薬剤名：)
症状 ()
- 来院しやすい曜日はありますか？ 日・月・火・水・木・金・土・祝日
- 当院をどうやって知りましたか？
 HP 通りがかり ご紹介 () 口コミサイト その他

ご記入ありがとうございました。

問診票



本日はどうされましたか？（複数回答可）

- | | | |
|-------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 下痢 | <input type="checkbox"/> 皮膚を痒がる | <input type="checkbox"/> 元気がない |
| <input type="checkbox"/> 食欲不振 | <input type="checkbox"/> 耳を痒がる | <input type="checkbox"/> 手足を痛がる |
| <input type="checkbox"/> 嘔吐 | <input type="checkbox"/> 咳が出る | <input type="checkbox"/> 誤食をした |
| <input type="checkbox"/> 血尿 | <input type="checkbox"/> 呼吸がはやい | <input type="checkbox"/> 目ヤニが出る |
| <input type="checkbox"/> ふらつく | <input type="checkbox"/> 口が臭い | <input type="checkbox"/> ケガをした |
| <input type="checkbox"/> その他（ | | ） |



上記の症状はいつからですか？

[]



動物の状態を教えてください

元気

いつもの元気を10とすると → /10

食欲

いつもの食欲を10とすると → /10

排便

硬め 正常 柔らかめ ドロドロ
 水っぽい 粘液 血便

排尿

量多め 正常 量少なめ 頻尿

嘔吐

なし 1~3回/日 4~6回/日 7回以上/日
 胃液 未消化物 固形物 血が混じる



検査・治療について

・検査・治療内容について当てはまるものをお答えください

- 必要な検査・治療は全てしてほしい
- 相談して決めたい
- お薬のみで様子を見たい

・希望の検査があれば教えてください

- | | | |
|----------------------------------|------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 血液検査 | <input type="checkbox"/> 胸部レントゲン検査 | <input type="checkbox"/> 腹部レントゲン検査 |
| <input type="checkbox"/> 腹部エコー検査 | <input type="checkbox"/> 心臓エコー検査 | <input type="checkbox"/> 尿検査 <input type="checkbox"/> 便検査 |
| <input type="checkbox"/> その他（ | | ） |

※ その他ご要望があればお書きください

[]