No. □□□□□□-□□　　年　　月　　日

# 問 診 票

| ペット名 | | | |
|---|---|---|---|
| 種　別 | □ 犬　　□ 猫 | 品　種 | |
| 性　別 | □ 男の子　　□ 女の子 | 毛　色 | |
| 生年月日 | （西暦）　　年　　月　　日 | 保　険 | □ 有（　　）・□ 無 |

※以下の質問について、該当するものに☑を入れて下さい。

**1. いつも生活している環境は？**

□ 外　□ 室内　□ 出入り自由

**2. 入手方法**

□ 購入　□ もらった　□ 拾った　□ 自宅で生まれた

□ その他（　　）

**3. 本日の来院理由**

□ 予防（ワクチン・フィラリア・狂犬病予防接種、等）

□ 相談（セカンドオピニオン）

□ 具合が悪そう・いつもと様子が異なる、等

□ 他院からのご紹介（紹介元の病院名：

**4. 3.で具合が悪そう・いつもと様子が異なる、とお答えになられた方は症状をご教示下さい。**

□ 目が悪い　□ おしっこが出ない

□ 呼吸が荒い　□ 多飲・多尿

□ お腹を痛がる　□ 妊娠している・破水した

□ 嘔吐がある　□ 出血している

□ 下痢 / 便秘　□ 足を痛がる・びっこを引く

□ 食べない・飲まない　□ 事故・外傷

□ 痒がる・引っ掻く　□ 意識が無い・朦朧としている

□ 出来物がある　□ その他（　　）

| 左記について、具体的にご記入ください。（いつ頃から・何をしていて・経緯、等） |
|---|
| |

**5. 今まで罹ったことがある病気、または、外傷はありますか？**

□ いいえ　□ はい　（具体的に　◆病名：　　◆時期：　　）

**6. 今までお薬で調子が悪くなったことはありますか？**

□ いいえ　□ はい　（具体的に　□ワクチン　□フィラリア予防接種　□狂犬病予防接種　□抗生物質　□その他：　　）

**7. 避妊手術、去勢手術はお済ですか？**

□ いいえ　□ はい　（具体的に　手術の時期：（西暦）　　年　　月　　日頃）

**8. いつもどのような食事をされていますか？**

□ ドライフード　（商品名：　　）

□ 缶詰　（商品名：　　）

□ 人と同じもの（残飯含む）　（具体的に　　）

□ その他　（具体的に　　）

ありがとう御座いました。

［ホームページダウンロード用］

© あいち犬猫医療センター