

初診問診票

No. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_年 月 日

●ご家族情報

カ ナ		電話番号	-	-
お名前		携帯電話	-	-
住 所	〒 _____	職 業		

●動物情報

カ ナ		種 類	<input type="checkbox"/> 犬 <input type="checkbox"/> 猫 <input type="checkbox"/> うさぎ <input type="checkbox"/> 鳥 <input type="checkbox"/> その他【 _____ 】		
お名前		品 種		毛 色	
生年月日	_____年 ( )月 日 ( )才	性 別	<input type="checkbox"/> オス <input type="checkbox"/> メス <input type="checkbox"/> 不明	不妊手術	<input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> 時期【 _____年 月】 <input type="checkbox"/> していない

●生活情報

同居動物	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( _____ )				
飼育場所	<input type="checkbox"/> 屋内 <input type="checkbox"/> 屋外 <input type="checkbox"/> 屋外と屋内両方 <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )				
食 事	回数 : 1日 ( _____ ) 回 内容 : <input type="checkbox"/> ドライフード <input type="checkbox"/> ウェットフード (缶詰・レトルトなど) <input type="checkbox"/> 手作り (フードの使用銘柄や手作り内容) <input type="checkbox"/> その他 (※トッピングやおやつで与えているものがあれば) 最近食事内容を変えましたか : <input type="checkbox"/> はい (具体的に _____) <input type="checkbox"/> いいえ				
散 歩	1日 ( _____ ) 回、計 ( _____ ) 分程度 <input type="checkbox"/> していない				

●予防

狂犬病予防接種	<input type="checkbox"/> している	<input type="checkbox"/> していない
ワクチン接種	<input type="checkbox"/> している ( _____ ) 種混合	<input type="checkbox"/> していない
フィラリア予防	<input type="checkbox"/> している (最終投薬日 _____)	<input type="checkbox"/> していない
ノミ予防	<input type="checkbox"/> している (最終投薬日 _____)	<input type="checkbox"/> していない

●病歴について

過去、治療を受けた病気	<input type="checkbox"/> ある (病名: _____) <input type="checkbox"/> していない
手術の有無	<input type="checkbox"/> ある (具体的に: _____) <input type="checkbox"/> していない
現在治療中の病気	<input type="checkbox"/> ある (病名: _____) <input type="checkbox"/> していない
現在投薬中のお薬	<input type="checkbox"/> ある (薬品名: _____) <input type="checkbox"/> していない
お薬や注射での副作用	<input type="checkbox"/> ある (具体的に: _____) <input type="checkbox"/> していない
アレルギーの有無	<input type="checkbox"/> ある (具体的に: _____) <input type="checkbox"/> していない

●異変・症状について

からだのどこに異変がありますか?	<input type="checkbox"/> 耳 <input type="checkbox"/> くち <input type="checkbox"/> 目 <input type="checkbox"/> 鼻 <input type="checkbox"/> 便 <input type="checkbox"/> 尿 <input type="checkbox"/> 皮膚・被毛 <input type="checkbox"/> お腹 <input type="checkbox"/> 足腰 (骨・関節) <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )
いつ頃からありますか?	( _____ )
どんな症状がありますか? (具体的に教えてください)	( _____ )
思い当たる原因はありますか?	<input type="checkbox"/> ある ( _____ ) <input type="checkbox"/> ない
他院にかかりましたか?	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい