



# 受診票[犬用]

年 月 日

## ■ 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 カ月)

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 ( )

● 来院しやすい曜日がありますか？ 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 ( )  コミサイト  その他

ご記入ありがとうございました。



# 受診票[猫用]

年 月 日

## ■ 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

お名前

品種：

毛色：

生年月日：西暦

年 月 日 ( 才 カ月)

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

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 ( )

● 来院しやすい曜日がありますか？ 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 ( )  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

[ ]