

飼 育 者	住所	〒			氏名				
	電話	()		職業	紹介者				
患 畜	種類	犬・猫・小動物・鳥		毛色		特徴		名前	
	年齢	年 月 日	生 才	性別	♂・♀	体格	大・中・小	体重	k g・g
受 診	初診	年 月 日	既往症						
	終診	年 月 日	特 記						

診察を円滑に進めるために、以下の問診にできるだけ詳しくご記入ください。

- ① 当院以外の動物病院受診したことがありますか？
その時の動物病院と受診理由をわかる範囲で教えてください。
病院名 () 受診理由 ()
- ② 以前避妊手術または去勢手術は受けていますか？(はい・いいえ) いつ頃ですか？ 年 月頃
- ③ 他に動物は飼っていますか？(はい・いいえ) 飼っていたら、その動物についても教えてください。
動物種 品種 呼び名 性別 年齢
() () () () ()
() () () () ()
- ④ いつも食べている食餌は何ですか？○印をつけてください。(複数可)
ドライフード (メーカー:) ・缶詰・病院用処方食 () ・その他・人間の食餌
おやつはあげていますか？(はい・いいえ) どのようなおやつですか？ ()
- ⑤ 飼育環境について *****
 犬 家の中・家の外・中と外両方 散歩は行きますか？(はい・いいえ)
 猫 家の中のみ・家の外のみ・中と外両方出入り自由
- ⑥ 過去に大きな病気、事故をしたことがありますか？(はい・いいえ)
その時の診断名と治療について教えてください ()
- ⑦ 予防について
 犬 ワクチン接種はしていますか？1番最後に受けたワクチンの種類と日付を教えてください。
・8種混合・7種混合・6種混合・()種混合・受けていない 年 月 日頃
・狂犬病予防接種はしていますか？(はい・いいえ) 年 月 日頃
・フィラリア予防はしていますか？(はい・いいえ)
どんな薬をどのくらい投与していましたか？
形態：注射タイプ・錠剤・肉タイプ(フィアルタイプ)・粉薬・スポット剤・液体・注射
期間：()月～()月・通年予防
フィラリアに感染していると言われた事がありますか？(はい・いいえ)
 猫 ワクチン接種はしていますか？(はい・いいえ) 4種混合・3種混合・()ワクチン
1番最後に受けたワクチン接種日はいつですか？ 年 月 日頃
今まで猫エイズ、猫白血病のウイルス検査を受けたことはありますか？(はい・いいえ)
その検査結果を○印をつけて教えてください。(猫エイズ陽性・猫白血病陽性)