



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

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

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

[]