

# 問診票 ②

動物の情報

ID

わかる範囲でご記入をお願いいたします

動物のお名前： \_\_\_\_\_ 性別：(オス・メス・去勢オス・避妊メス)

種類：( 犬 猫 ウサギ その他 \_\_\_\_\_ )

品種： \_\_\_\_\_ 毛色： \_\_\_\_\_

生年月日：西暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 または現在の年齢 \_\_\_\_\_ ( カ月齢 / 歳 )

■ 飼い始めた時期？西暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 または年齢 \_\_\_\_\_ ( カ月齢 / 歳 ) から飼育  
→ ( \_\_\_\_\_ )

■ 飼っている場所は？ ( 屋外 屋内 出入り自由 ノラ )

■ 屋外や庭で散歩(運動)をしていますか？  はい  ときどき  いいえ

■ 食事は何を与えていますか？

市販のフード ( ドライ ) 商品名： \_\_\_\_\_

( 缶詰 半生 ) 商品名： \_\_\_\_\_

病院食 ( \_\_\_\_\_ )  おやつ ( \_\_\_\_\_ )

人と同じもの  自家製食 ( 主に肉 主に魚 )  野菜類 ( \_\_\_\_\_ )

■ 去勢または避妊手術は済んでいますか？  はい (いつ頃？ \_\_\_\_\_ 歳頃)  いいえ

■ 混合ワクチンは済んでいますか？  はい  いいえ  不明

ワクチンの種類は？ ( \_\_\_\_\_ 種混合 ・ わからない )

最終の接種年月日 西暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 (または、 \_\_\_\_\_ 年前)

■ 狂犬病ワクチンは済んでいますか？  はい  いいえ  不明

最終の接種年月日 西暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 (または、 \_\_\_\_\_ 年前)

■ フィラリアの予防はされていますか？  はい  いいえ  不明

最終の投与年月日 西暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 (または、 \_\_\_\_\_ 年前)

■ ノミ・マダニの予防はされていますか？  はい  いいえ  不明

最終の投与年月日 西暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 (または、 \_\_\_\_\_ 年前)

■ 今までに薬や食物のアレルギーをおこしたことがありますか？  はい  いいえ

■ ほかに同居のペットを飼っていますか？ (犬 \_\_\_\_\_ 頭 / 猫 \_\_\_\_\_ 頭 / その他 \_\_\_\_\_ )

■ ペット保険には加入されていますか？  はい (保険会社は？ \_\_\_\_\_ )  いいえ

■ マイクロチップは挿入されていますか？  はい  いいえ

# 問診票③

(体調について)

記入日： 年 月 日

■ 動物のお名前： \_\_\_\_\_ ちゃん

ID \_\_\_\_\_

本日はどうされましたか？ 何か気になることが有りますか？

過去の病歴(治療・手術等)はありますか？

## 現在の健康状態を教えてください

わかる項目だけ☑チェックをお願いいたします

■ 食欲は今まで通りですか？	<input type="checkbox"/> 普段通り	<input type="checkbox"/> 増えた	<input type="checkbox"/> 減った
■ 元気はありますか？	<input type="checkbox"/> 普段通り	<input type="checkbox"/> 増えた	<input type="checkbox"/> 減った
■ 散歩や運動(遊び)は今まで通りですか？	<input type="checkbox"/> 普段通り	<input type="checkbox"/> 増えた	<input type="checkbox"/> 減った
■ 水の飲む量は変わりませんか？	<input type="checkbox"/> 普段通り	<input type="checkbox"/> 増えた	<input type="checkbox"/> 減った
■ 体重は今まで通りですか？	<input type="checkbox"/> 普段通り	<input type="checkbox"/> 増えた	<input type="checkbox"/> 減った
■ 現在、お薬やサプリメントを与えていますか？	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	
■ 吐くこと(吐くようなしぐさ)はありますか？	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	
■ 下痢や軟便、または便秘はみられますか？	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	
■ 赤い便(血便)や黒い便をすることがありますか？	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	
■ 皮膚に湿疹やおでき、フケなど気になる場所はありますか？	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	
■ かゆがったり、なめているところはありますか？	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	
■ 尿の回数は今まで通りですか？	<input type="checkbox"/> 普段通り	<input type="checkbox"/> 増えた	<input type="checkbox"/> 減った
■ 尿の量は今まで通りですか？	<input type="checkbox"/> 普段通り	<input type="checkbox"/> 増えた	<input type="checkbox"/> 減った
■ 尿の色に変化はありますか？	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	
■ 眼、視力に変化はありますか？	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	
■ 聞こえづらい様子はありますか？	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	
■ 耳を掻いたり振ったり、耳垢はありますか？	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	
■ くしゃみや鼻水はでますか？	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	
■ いびきをかくことがありますか？	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	
■ 咳こむことや息がゼーゼーすることがありますか？	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	
■ 歩き方(びっこ等)が気になりますか？	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	
■ 陰部から膿や血液のようなものが出たことがありますか？	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	
■ けいれん、ふるえを起こしたことがありますか？	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	

ご協力ありがとうございました

-Katsuki Animal Hospital-