



## 大切な患者さんに代わってお答えください

## ● 飼い主様について

	フリガナ		フリガナ
お名前		ご住所	〒 -
電話	-	-	緊急時の ご連絡先
			-

## ● 患者様について

動物種		品種	
お名前		性別	オス・メス
		生年月日	年 月 日頃

(1) どこで飼っていますか？ ①室内のみ ②ケージ ③その他

(2) 入手方法は？ ①ショップで購入 ②譲り受けた ③自宅で生まれた ④拾った ⑤その他

(3) 本日のご来院は？

- ① 具合が悪そうだから →
- ② 健康診断又は相談
- ③ 予防接種

いつ頃から？

どの辺りが？

どんな症状？

いつ頃から？
どの辺りが？
どんな症状？

(4) 同居動物は？ ①いない ②いる (a.犬 b.猫 c.その他)

(5) ふだん何を食べさせていますか？

① ペレットフード → メーカー・商品名

② 野菜 → 具体的に

③ わら

④ その他 → 具体的に

(6) けがをしたことがありますか？ (交通事故含む)

① はい ( 年 月頃) → どんなけがですか？

② いいえ

(7) 過去に病気になったことはありますか？

① はい ( 年 月頃) → どんな病気ですか？

② いいえ

(8) その他、不安・心配・お気づきの点があればご記入ください。(食べ物アレルギー、性格など)

(9) 今回の治療はどこまでを希望されますか？ ①今回気になるところだけ ②悪いところはできるだけ ③相談して決めたい



フェレットの方は以下もご記入ください。

(10) ワクチンの接種はしていますか？

① はい → 接種したワクチンと時期は？

② いいえ

( 年 月頃)

(11) フィラリアの予防をしていますか？ ①はい ②いいえ

①はいと答えた方 どんなタイプの薬ですか？ a. チュアブル(おやつ)タイプ b. 錠剤 c. 粉末 d. スポットタイプ e. 注射

(12) 去勢や避妊の手術はしていますか？ ①はい ( 年 月頃) ②いいえ

ご協力ありがとうございました。

