

問診票

飼育者名

患畜名

動物種 犬 ・ 猫 性別 オス（去勢手術：未・済） メス（避妊手術：未・済） 体重 kg

1. 本日の受診目的を教えてください。当てはまる項目に☑でチェックしてください。

- 体調不良のため受診 他院で病気を指摘され受診 他院からの紹介で受診
セカンドオピニオンとして受診 その他（ ）

2. 症状についてご記入ください（複数選択可）。

- ふらつき 起立困難 発作
痛がっている：首、腰、右前肢、左前肢、右後肢、左後肢、不明（○で囲ってください）
鼻水 鼻血 くしゃみ 咳 呼吸が荒い
目を気にしている 目をしょぼつかせている 目脂が多い 涙が多い
嘔吐 下痢 便秘 食欲不振 異物誤食（食べたもの： ）
頻尿 血尿 排尿ができていない お水をよく飲む 痩せてきている
お腹が張っている 脱毛 耳や体を痒がっている 怪我をしている
体表に出来物ができている：頭部、頸部、胸部、腹部、臀部、尾部、肢、乳腺、その他（ ）
その他（ ）

3. 発症時期についてご記入ください。

- 今日 昨日 2日前 3日前 1週間前 それより前（ ）

4. 今回の症状で治療を受けていますか？

- いいえ はい

- 病名または診断名
- 病院名

5. 今までにかかった、または現在治療中の病気はありますか？

- いいえ はい（ 当院 ・ 他院 ）（病名： ）

6. 現在、服用している薬やサプリメントはありますか？

- いいえ はい（ 当院 ・ 他院 ）（品名： ）

7. お薬や食べ物などでアレルギーがでたことはありますか？

- いいえ はい（ 食餌 ・ 薬 ）（品名： ）

ご記入ありがとうございました。お手数ですが、受付までご提出ください。