



言葉が話せない患者さんに代わってお答え下さい



患い主様の <small>ふりがな</small> お名前	ご住所 〒
TEL	携帯電話その他の連絡先

ペットのお名前	品種	毛色	性別 (○印) オス メス	生年月日 年 月 日 (才 ヶ月)
---------	----	----	---------------------	--------------------------

当てはまる番号に○をしてください

●本日のご来院は？

1. 具合が悪そうだから いつから？ _____
どこが悪そうですか？ _____
どんな症状ですか？ _____

2. 健康チェック・相談
3. ワクチン
4. その他 ()



●ワクチン接種はしていますか？ (フェレットのみ)

1. はい (年 月 日頃 ____種混合)
↳ 証明書はお持ちですか？
【1. はい 2. いいえ 3. 今持っていない】
2. いいえ
3. わからない

●フィラリア予防はしていますか？ (フェレットのみ)

1. はい (毎月1回の薬 スポット その他)
↳ (最終予防日 年 月 日)
2. いいえ



●いつもの生活環境はどこですか？

1. ケージ (室内)
2. ケージ (室外)
3. 水槽
5. その他 ()

●ケージの中は何を敷いていますか？

1. チップ
2. ティッシュ
3. 新聞紙
4. アミ
5. その他 ()

●いつもの飲水は？

1. いつもある (器 ・ ボトル)
2. 無くなるとあげている (器 ・ ボトル)

●いつもの食事は？

1. ペレット → (常時 ・ 1日 ____回)
2. 牧草 → (常時 ・ 1日 ____回)
3. 野菜果物 (具体的に) _____ → (常時 ・ 1日 ____回)
4. その他・おやつ等 (具体的に) _____ → (常時 ・ 1日 ____回)



●今までに病気やケガ、手術などで病院にかかったことはありますか？

1. はい → (具体的に) _____
2. いいえ

●今までに注射や飲み薬などで異常がでたことがありますか？

1. はい → (具体的に) _____
2. いいえ



●その他、診察前に伝えておきたいことがあればお書き下さい
