



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

わんちゃんのお名前	品種	毛色	性別 (○印) オス ・ メス 去勢 ・ 避妊	生年月日 年 月 日 ( 才 ヶ月)
飼育開始日 年 月 日				

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 ( )



●いつもの生活環境はどこですか？

1. 室内
2. ケージ
3. 庭で放し飼い
4. 庭の犬舎
5. その他 ( )

●入手方法は？

1. 買った
2. もらった
3. 自宅で生まれた
4. 拾った
5. いつのまにか住みついた

●ワクチン接種はしていますか？

<混合ワクチン>

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？

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

<狂犬病ワクチン>

1. はい ( 年 月頃)
2. いいえ
3. わからない

●いつもの食事は？

1. ドライフード → (メーカー又は商品名 )
2. 缶詰 → (メーカー又は商品名 )
3. 人の食べ物 (具体的に) \_\_\_\_\_
4. その他・おやつ等 (具体的に) \_\_\_\_\_

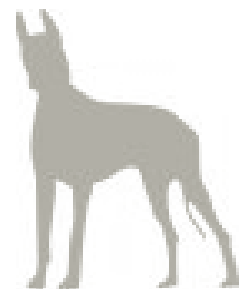


●今までに病気やケガ、手術などで病院にかかったことはありますか？

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

\_\_\_\_\_