

診察にあたって重要なことですので、以下のことを教えてください。 _____ 年 _____ 月 _____ 日

- ① あなたは連れて来られた動物の普段の様子をよく知っていらっしゃいますか？ はい いいえ
- ② 当院のことは何でお知りになりましたか？
 病院を見かけた インターネット 紹介 くちこみ 看板 その他 _____
- ↓
 よろしかったら紹介者のお名前を教えてください： _____
- ③ 動物は言葉をしゃべる事ができないので、病気の状態を判断するためには詳しい検査が必要な場合がありますが、このような検査をどう思われますか？
 しっかり検査して欲しい 検査はなるべくしたくない よくわからない

ふりがな 飼主様ご氏名	電話番号 () -	さしつかえなければ ご職業
ご住所 <input type="checkbox"/> 尾張旭市 <input type="checkbox"/> 名古屋市 〒 <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> または _____ 市		
よろしければeメールアドレス： _____ @ _____		

* 今後ダイレクトメール(手紙やメール)をお送りしてもよろしいでしょうか？ はい いいえ

ふりがな ペット名	動物種 <input type="checkbox"/> 犬 <input type="checkbox"/> 猫 <input type="checkbox"/> その他の動物	種類 例) マルチーズ ヨークシャテリア 750等 <input type="checkbox"/> オス <input type="checkbox"/> メス
ペットの生年月日 正確な生年月日がわからなければ大体の年齢で構いません <input type="checkbox"/> 西暦 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 昭和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 生まれ または 約 _____ 才		

④	本日来院された理由は何ですか？ <input type="checkbox"/> 健康チェック <input type="checkbox"/> ワクチン接種 <input type="checkbox"/> 異常がみられたため * 異常とはどのような異常ですか？
⑤	普段はどのようなものを食べていますか？ <input type="checkbox"/> ドライフード <input type="checkbox"/> 半生タイプフード <input type="checkbox"/> 缶詰・パウチ 食べているものは全てお答え下さい <input type="checkbox"/> おやつ <input type="checkbox"/> 市販のフードやおやつ以外のもの * おやつはどのようなものですか？ : _____ * 市販のおやつやフード以外には何を食べていますか？ :
⑥	混合ワクチンは接種していますか？ <input type="checkbox"/> 毎年接種している <input type="checkbox"/> 子供の時は接種した <input type="checkbox"/> 数年前に接種した <input type="checkbox"/> 今日始めて接種する <input type="checkbox"/> 接種したことがない <input type="checkbox"/> わからない * 何種ワクチンでしたか？ : <input type="checkbox"/> 3種混合 <input type="checkbox"/> 5種混合 <input type="checkbox"/> 6種混合 <input type="checkbox"/> 8種混合 <input type="checkbox"/> 9種混合 <input type="checkbox"/> わからない * 最終的にはいつ頃接種していますか？ 平成 _____ 年 (西暦 _____ 年) _____ 月頃
⑦	狂犬病予防接種はしていますか？ <input type="checkbox"/> 毎年接種している <input type="checkbox"/> 子供の時は接種した <input type="checkbox"/> 数年前に接種した <input type="checkbox"/> 今日始めて接種する <input type="checkbox"/> 接種したことがない <input type="checkbox"/> わからない
⑧	フィラリア予防はしていますか？ <input type="checkbox"/> 毎年予防している <input type="checkbox"/> 今は予防していない <input type="checkbox"/> 予防したことがない <input type="checkbox"/> 今回初めて予防する * どのようなお薬で予防されましたか？ <input type="checkbox"/> おいしくできた飲み薬 <input type="checkbox"/> 普通の錠剤 <input type="checkbox"/> 注射 <input type="checkbox"/> 背中に滴下する薬 <input type="checkbox"/> 液体の飲み薬 <input type="checkbox"/> わからない
⑨	避妊手術(メス)や去勢手術(オス)はしていますか？ <input type="checkbox"/> している(いつ頃ですか _____ 年前頃, または _____ 才頃) <input type="checkbox"/> していない
⑩	主にどこで飼っていますか？ <input type="checkbox"/> 家の中(外出は散歩のみ) <input type="checkbox"/> 家の外 <input type="checkbox"/> 家の内外両方
⑪	今までに病気や怪我をしたことがありますか？ <input type="checkbox"/> 病気・怪我はしたことがない * いつ頃ですか？ _____ 年前頃, または _____ 才頃 * どのような病気・怪我ですか？
⑫	診療について何かご要望があればお書き下さい。

ご協力有り難うございました。 診察の中でご不明な点は何なりとお尋ね下さい。