

## 問診票(事前)

患者動物名 \_\_\_\_\_ ちゃん

### ワクチン・予防薬の状況について

- |                     |  |   |     |   |       |   |        |
|---------------------|--|---|-----|---|-------|---|--------|
| 1. 混合ワクチンは受けていますか？  | 毎年   | ・ | 時々  | ・ | 若い時のみ | ・ | 受けていない |
|                     | 最終接種日； (                      年                      月 ) |   |     |   |       |   |        |
| 2. 狂犬病ワクチンは受けていますか？ | 毎年   | ・ | 時々  | ・ | 若い時のみ | ・ | 受けていない |
| 3. フィラリアの予防はしていますか？ | 毎年   | ・ | 時々  | ・ | 若い時のみ | ・ | 受けていない |
| 4. ノミ・ダニの予防はしていますか？ | はい   | ・ | いいえ |   |       |   |        |

### 生活環境について

- |                     |     |   |    |   |   |   |     |     |
|---------------------|-----|---|----|---|---|---|-----|-----|
| 5. 普段はどちらで飼育していますか？ | 室内  | ・ | 室外 |   |   |   |     |     |
| 6. 同居している動物はいますか？   | ( 犬 | 頭 | ・  | 猫 | 頭 | ・ | その他 | 頭 ) |

### 既往歴について

- |                               |     |   |    |                               |
|-------------------------------|-----|---|----|-------------------------------|
| 7. 以前に病気やけがをしたことはありますか？       | いいえ | ・ | はい | ( 病名;                      )  |
| 8. 注射や飲み薬で異常が出たことはありますか？      | いいえ | ・ | はい | (                      )      |
| 9. 麻酔をかけたことはありますか？            | いいえ | ・ | はい |                               |
| そのときに問題がありましたか？               | いいえ | ・ | はい | (                      )      |
| 10. 去勢・避妊手術以外で手術を受けたことがありますか？ | いいえ | ・ | はい | ( 手術名;                      ) |

### 来院理由について

- |                           |  |
|---------------------------|--|
| 11. 気になる症状など、来院理由をご記入ください | (                      )   |
| いつ頃からですか？                 | (                      年                      か月                      日                      前から ) |
| どのような様子から気づきましたか？         | (                      )   |
| これまでに治療を受けていますか？          | はい    ・    いいえ   |