

# 問 診 表

1/2枚目

※お分かりになる範囲でご記入ください

登録情報	フリガナ 患者名			動物種	犬 ・ 猫		
	生年月日(西暦)	年 月 日( 歳 ヶ月)		種類			
	飼育環境	室内 ・ 屋外 ・ どちらも		性別	オス・去勢オス・メス・避妊メス		
	食事内容			同居動物	いる ・ いない		
	アレルギー有無	無 ・ 有 ( )		種類・頭数など			
	輸血歴	無 ・ 有 (時期・回数・理由等: )					
	犬	ワクチン 接種	している ・ していない (理由: )				
			狂犬病 ・ 混合( 種) ・ その他( )				
			最終接種日	年 月 日	副反応歴	有 ・ 無	
		フィラリア 予防	している ・ していない (理由: )				
最終投与月			年 月	商品名			
ノミダニ予防		している ・ していない (理由: )					
	最終投与年月	年	月				
	種類	市販 ・ 動物病院で購入	商品名				
猫	ワクチン 接種	している ・ していない (理由: )					
		混合( 種) ・ その他( )					
		最終接種日	年 月 日	副反応歴	有 ・ 無		
	白血病 (FeLV) エイズ (FIV) 検査	白血病	陰性 ・ 陽性 ・ 未検査				
		エイズ	陰性 ・ 陽性 ・ 未検査				
		検査日					
	ノミダニ予防	している ・ していない (理由: )					
最終投与年月		年	月				
種類		市販 ・ 動物病院で購入	商品名				

# 問 診 表

2/2枚目

## 【その他の動物情報】

1. 今まで入院するような病気になったことがありますか？（ はい ・ いいえ ）

入院歴	病名	時期

2. 交通事故など、大きなケガをした事がありますか？（ はい ・ いいえ ）

ケガ	時期

3. 今までに注射などでショック、その他の異常が見られたことはありますか？（ はい ・ いいえ ）

具体的に

4. 現在、服用している薬はありますか？（ はい ・ いいえ ）

具体的に

5. 現在の主な症状など（紹介状に記載されていること以外の現在の状態）

具体的に

## 【診療および教育・研究に関すること】

・検査等のデータを教育・教育目的に利用させていただきますが、ご承諾いただけますか？（ はい ・ いいえ ）

・予後調査の確認の為、ご連絡させて頂く場合がありますが、ご同意いただけますか？（ はい ・ いいえ ）

メールアドレス : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

※上記個人情報 は診療行為および教育・研究以外の目的に使用することはありません。