



問診票

隠れた症状を見つけるため、
できるだけ詳しくご記入下さい



飼い主様の名字 _____ 様 動物の名前 _____ ちゃん 年齢 _____ 才 _____

種類	<input type="checkbox"/> イヌ	<input type="checkbox"/> ネコ	品種
性別	<input type="checkbox"/> オス	<input type="checkbox"/> メス	<input type="checkbox"/> 去勢オス <input type="checkbox"/> 避妊メス
飼育環境	<input type="checkbox"/> 屋内 <input type="checkbox"/> 屋外 <input type="checkbox"/> 両方(屋内 % 屋外 %) <input type="checkbox"/> 他に飼っている動物(_____)		
元気	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 低下 <input type="checkbox"/> 無	食欲	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 過剰 <input type="checkbox"/> 低下 <input type="checkbox"/> 無
排便	<input type="checkbox"/> 正常 1日()回 <input type="checkbox"/> 軟便 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> その他(_____)		
排尿	<input type="checkbox"/> 正常 1日()回 <input type="checkbox"/> 頻尿 <input type="checkbox"/> 血尿 <input type="checkbox"/> その他(_____)		
飲水量	1日()ml位		
予防接種はしていますか？	<犬> <input type="checkbox"/> 狂犬病ワクチン <input type="checkbox"/> ()種混合ワクチン <input type="checkbox"/> わからない <猫> <input type="checkbox"/> ()種混合ワクチン <input type="checkbox"/> 猫白血病ワクチン <input type="checkbox"/> わからない		
フィラリア予防はしていますか？	<input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> わからない		
ノミ・ダニ予防はしていますか？	<input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> わからない		
いままでに病気で病院に通った、または手術をしたことはありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ (はいと答えた方のみ以下にご記入ください) いつ頃ですか?(_____) どんな病気、手術ですか?(_____)		
現在お薬を飲んでいますか？	<input type="checkbox"/> 飲んでいない <input type="checkbox"/> 飲んでいる(_____)		
交配・出産をしたことはありますか？	<input type="checkbox"/> したことはない <input type="checkbox"/> したことがある(_____)		
いつも何を食べていますか？	<input type="checkbox"/> ドライフード <input type="checkbox"/> 缶詰 <input type="checkbox"/> 手作り食 <input type="checkbox"/> その他(おやつ等) メーカー又は商品名 _____ 食事の回数一日()回 _____ 手作り食、おやつの内容(_____)		
その他気になる事があったら教えて下さい	_____		