

問診票

ふりがな

受付番号

お名前 _____ 様

犬・猫

動物名

その他 (

)

(おなまえ)

ちゃん

本日はどうされましたか？（当てはまる項目にチェックをして下さい）

予防（ワクチンやフィラリア予防など）

お手入れ（爪切り・耳掃除・肛門腺しぼりなど）

診察（前回の経過で改善がない） 診察（今回初めての症状）

■診察（前回の経過で改善がない）を選んだ方は下記にお答えください

前回よりも悪化している 前回と変わらない

■診察（今回初めての症状）を選んだ方は下記にお答えください

嘔吐・下痢 食欲不振 皮膚疾患（痒み・脱毛等）

歩き方がおかしい 痛みがある 眼の違和感 咳・呼吸が荒い

発作（ケイレン） 誤食 血尿・おしっこがでない

その他 (_____)

■症状はいつからですか？（今日、○日前から・・・など）

■具体的な症状を分かる範囲でご記入下さい

※ご協力ありがとうございます

問診票入れ もしくは 受付スタッフへ問診票をご提出ください

※保険証をお持ちの方は問診票とともに、受付へご提出下さい