

スムーズに診察をすすめるために、ご協力をお願いします。

\*分かる範囲でご記入ください

1. ペットの情報を教えてください

保険 未加入 加入済〔アニコム アイペット その他〕

予防 混合ワクチン〔 種、最終接種日：西暦 年 月頃〕

フィラリア ノミ・マダニ その他〔 〕

2. どのようにお迎えしましたか 購入した〔どこで： 〕 その他

もらった〔何歳から： 〕 自宅で生まれた 拾った

3. 飼育している場所は 屋内 屋内と屋外両方 屋外 その他

4. 同居の動物はいますか 犬〔 頭〕 猫〔 頭〕

その他〔 〕

5. いつも何をたべていますか ウェット ドライ おやつ

人間の食べ物〔 〕

6. 本日の来院理由は 予防〔混合ワクチン フィラリア ノミ・マダニ〕

診察 健診 その他〔 〕

7. 「診察」とお答えの方はご記入ください

いつ頃からですか

どこが悪そうですか 耳 口 目 鼻 尿 便 皮膚・被毛

お腹 足腰(骨・関節) その他〔 〕

どんな症状ですか

できるだけ具体的に教えてください

\*炎症や出血がある/かゆそうにしている/食欲がない/吐いているなど

異変に思い当たる原因は ある〔具体的に 〕 なし

今回のことで他の病院にかかりましたか いいえ はい(差し支えなければ病院名を教えてください)

8. 病気やケガで病院にかかったことはありますか。また、現在治療中の病気・投与中の薬はございますか

なし あり〔どこで・どんな治療 〕

9. 薬や注射で具合が悪くなったことはありますか。(アナフィラキシーショックなど)

またそのお薬名がわかりましたら、ご記入ください

なし あり〔 〕

10. 以下の項目を、重視される番号順にお書きください〔 → → 〕

① 費用が高額になっても、出来るだけ良い治療を受けたい

② ある程度の費用の範囲内で、出来る限りの治療を受けたい

③ 出来るだけ費用は抑えて、必要な治療だけを受けたい

11. その他、不安なことや心配なこと、お気づきの点などご自由にご記入ください