

■ 飼い主様の情報

フリガナ	〒	
お名前	ご住所	
電話番号	緊急連絡先	ご職業：

■ わんちゃんの情報

フリガナ	お名前	品種：	毛色：	
生年月日：西暦	年 月 日	(才 カ月)	性別 <input type="checkbox"/> オス <input type="checkbox"/> メス	
ペット保険：	<input type="checkbox"/> 未加入 <input type="checkbox"/> 加入 (保険会社：)	不妊手術 <input type="checkbox"/> 去勢 <input type="checkbox"/> 避妊	
予防歴：	<input type="checkbox"/> ノミ・マダニ <input type="checkbox"/> フィラリア <input type="checkbox"/> 狂犬病 (最終接種：	年 月 日)	<input type="checkbox"/> 混合ワクチン (最終接種：	年 月 日 種)

- お迎えした経緯 購入した 譲り受けた 自宅で生まれた 拾った
- 生活環境 室内のみ 屋外のみ 両方 その他 ()
- 散歩 日に 回 (1回 分) 行かない
- 同居動物 無 有 (頭) 動物種 ()
- 食事内容 ドライ (メーカー名)
 ウェット (メーカー名)
 好きな食べ物 ()
- 現在治療中の病気 無 有 [病名： 薬：]
- 過去に治療した病気 無 有 [病名：]
- 薬や注射で具合が悪くなったことはありますか？
 無 有：ワクチン・注射薬・飲み薬 (薬剤名：)
症状 ()
- 来院しやすい曜日はありますか？ 日・月・火・水・木・金・土
- 当院をどうやって知りましたか？
 HP 通りがかり ご紹介 () 口コミサイト その他

ご記入ありがとうございました。

■ 飼い主様の情報

フリガナ	〒	
お名前	ご住所	
電話番号	緊急連絡先	ご職業：

■ ねこちゃんの情報

フリガナ	お名前	品種：	毛色：
生年月日：西暦	年 月 日 (才 カ月)	性別	<input type="checkbox"/> オス <input type="checkbox"/> メス
ペット保険：	<input type="checkbox"/> 未加入 <input type="checkbox"/> 加入 (保険会社：)	不妊手術 <input type="checkbox"/> 去勢 <input type="checkbox"/> 避妊
予防歴：	<input type="checkbox"/> ノミ・マダニ <input type="checkbox"/> フィラリア		
	<input type="checkbox"/> 混合ワクチン (最終接種：	年 月 日 種)	

- お迎えした経緯 購入した 譲り受けた 自宅で生まれた 拾った
- 生活環境 室内のみ 屋外のみ 両方 その他 ()
- 同居動物 無 有 (頭) 動物種 ()
- 食事内容 ドライ (メーカー名)
 ウェット (メーカー名)
 好きな食べ物 ()
- ウイルス検査を受けたことはありますか？ 無
 有 [猫エイズ + / - 猫白血病 + / -]
- 現在治療中の病気 無 有 [病名： 薬：]
- 過去に治療した病気 無 有 [病名：]
- 薬や注射で具合が悪くなったことはありますか？
 無 有：ワクチン・注射薬・飲み薬 (薬剤名：)
症状 ()
- 来院しやすい曜日はありますか？ 日・月・火・水・木・金・土・祝日
- 当院をどうやって知りましたか？
 HP 通りがかり ご紹介 () 口コミサイト その他

ご記入ありがとうございました。

問診票



本日はどうされましたか？（複数回答可）

- | | | |
|-------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 下痢 | <input type="checkbox"/> 皮膚を痒がる | <input type="checkbox"/> 元気がない |
| <input type="checkbox"/> 食欲不振 | <input type="checkbox"/> 耳を痒がる | <input type="checkbox"/> 手足を痛がる |
| <input type="checkbox"/> 嘔吐 | <input type="checkbox"/> 咳が出る | <input type="checkbox"/> 誤食をした |
| <input type="checkbox"/> 血尿 | <input type="checkbox"/> 呼吸がはやい | <input type="checkbox"/> 目ヤニが出る |
| <input type="checkbox"/> ふらつく | <input type="checkbox"/> 口が臭い | <input type="checkbox"/> ケガをした |
| <input type="checkbox"/> その他（ | | ） |



上記の症状はいつからですか？

[]



動物の状態を教えてください

元気

いつもの元気を10とすると → /10

食欲

いつもの食欲を10とすると → /10

排便

硬め 正常 柔らかめ ドロドロ
 水っぽい 粘液 血便

排尿

量多め 正常 量少なめ 頻尿

嘔吐

なし 1~3回/日 4~6回/日 7回以上/日
 胃液 未消化物 固形物 血が混じる



検査・治療について

・検査・治療内容について当てはまるものをお答えください

- 必要な検査・治療は全てしてほしい
- 相談して決めたい
- お薬のみで様子を見たい

・希望の検査があれば教えてください

- | | | |
|----------------------------------|------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 血液検査 | <input type="checkbox"/> 胸部レントゲン検査 | <input type="checkbox"/> 腹部レントゲン検査 |
| <input type="checkbox"/> 腹部エコー検査 | <input type="checkbox"/> 心臓エコー検査 | <input type="checkbox"/> 尿検査 <input type="checkbox"/> 便検査 |
| <input type="checkbox"/> その他（ | | ） |

※ その他ご要望があればお書きください

[]

受診票 [エキゾチックアニマル用]

■ 飼い主様の情報

フリガナ 〒
お名前 ご住所
電話番号 緊急連絡先 御職業

■ 患者さんの情報

フリガナ
お名前 品種
生年月日 年 月 日(保険会社：)
性別 オス メス (避妊去勢済)

●お迎えした経緯 ()

●生活環境 ()

●同居動物 ()

●食事内容 ()

●現在治療中の病気 () なし

●過去に治療した病気 () なし

●薬や注射で具合が悪くなったこと () なし

●かかりつけ病院 () なし

●当院をどうやって知りましたか？

HP 通りがかり チラシ GoogleMAP ご紹介()

クチコミ() その他 ()

同意書

・ 診察中の注意点

- 診察の必要に応じて、毛刈りをさせていただく場合があります。
- 性格により鎮静が必要な場合は、鎮静の許可をいただく場合があります。
- 細心の注意を払いますが、動物やその性格により予期せぬケガや事故が発生する場合があります。その場合の責任は持ちかねますのでご了承ください。
- 生物検体（便や羽など）を検査にて使用、所有する場合がございます。
- 重症の患者様の診察では、診察中や検査中に亡くなってしまう可能性がございます。

・ 写真掲載の許可

当院のブログ、インスタグラムにて診察した患者様の写真を載せさせて頂いてもよろしいでしょうか？また、個人情報保護の観点から、それ以外で写真を使用することはありません。

- はい
- いいえ