

受診日	年	月	日	AM・PM	時	分	問診票
飼い主様氏名							
ペット名				動物種	<input type="checkbox"/> 犬	<input type="checkbox"/> 猫	

◆ かかりつけ病院

- ALLONE 動物病院グループ： 八王子 / あざみ野 / 小金井 / さぎ沼 / 根岸 / 若葉台 / 永田台
- その他（病院名： _____）
- なし

◆ 本日はどうなさいましたか？（*当てはまる症状全てにチェックしてください）

- 食欲がない【いつも食べる量の _____ %】
- 元気がない【いつもと比べて _____ %】
- 呼吸が苦しそう 咳 発作 ふらつき
- 嘔吐 吐血 下痢 便秘
- 血尿 頻尿 尿が出ない くしゃみ・鼻水
- 目の症状 〈 _____ 〉
- 皮膚の症状 〈 _____ 〉
- 歩き方がおかしい / 痛がる（右前 / 左前 / 右後 / 左後）
- 痛みがある【部位： _____】 外傷【部位： _____】
- その他 〈具体的に： _____〉

◆ 経過はどうですか？

いつからいつまで？（ _____ ）

きっかけの心当たりは？（ _____ ）

現在までの変化は？（ _____ ）

◆ 今までに大きな病気や怪我をしたことはありますか？

- なし あり 〈病名または症状： _____〉

◆ 現在治療中の病気はありますか？

- なし あり 〈病名または症状： _____〉

◆ 今飲んでいるお薬はありますか？（お薬の名前など分かりましたらお書きください）

- なし あり 〈薬品名： _____〉

❖ 当院以外でワクチン接種・予防薬の処方を受けている方、お済みの予防を教えてください（*複数回答可）

- 狂犬病ワクチン 接種日 〈 _____ 年 _____ 月頃〉
- 混合ワクチン 〈 _____ 種〉 接種日 〈 _____ 年 _____ 月頃〉
- フィラリア予防【薬品名： _____】
- ノミ・ダニ予防【薬品名： _____】