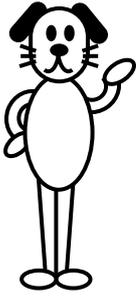




かわいい患者さんに代わってお答えください。



飼主	(フリガナ)	住所	〒 () -			
呼名	種類	♂・♀	生年月日	年 月 日		
紹介	() -	勤務先など ご連絡先	() -			

1. いつも住んでいる場所は？	<input type="checkbox"/> 室内で放している <input type="checkbox"/> 庭で放し飼い <input type="checkbox"/> ケージ (<input type="checkbox"/> 室内 <input type="checkbox"/> 室外) <input type="checkbox"/> その他()	
2. 入手方法は？	<input type="checkbox"/> 買った <input type="checkbox"/> もらった <input type="checkbox"/> 自宅で生まれた <input type="checkbox"/> 拾った <input type="checkbox"/> いつのまにか住みついた	
3. 本日の来院は？	<input type="checkbox"/> 具合が悪い → 具体的に <input type="checkbox"/> ワクチン接種 <input type="checkbox"/> 健康チェック・相談	
4. ワクチンは接種してありますか？	<input type="checkbox"/> はい → <input type="checkbox"/> いいえ	
5. フィラリアの予防をしていますか？	<input type="checkbox"/> はい → <input type="checkbox"/> いいえ	
6. 不妊手術(去勢・避妊)はしましたか？	<input type="checkbox"/> はい → <input type="checkbox"/> いいえ	
7. いつも何を食べさせていますか？	<input type="checkbox"/> 缶詰 <input type="checkbox"/> ドライフード <input type="checkbox"/> 半生 <input type="checkbox"/> 人の食べ物 <input type="checkbox"/> その他	メーカー又は商品名 (1日 回 <input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 晩) 具体的に
8. 交通事故その他けがをしたことはありますか？	<input type="checkbox"/> はい → <input type="checkbox"/> いいえ	いつ頃、どのようなけがでしたか？
9. 今までに病気になったことはありますか？	<input type="checkbox"/> はい → <input type="checkbox"/> いいえ	いつ頃、どのような病気ですか？
10. 過去に手術歴はありますか？	<input type="checkbox"/> はい → <input type="checkbox"/> いいえ	いつ頃、どのような手術でしたか？
11. メスの場合出産したことはありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
12. 今までに薬や注射などでショックなどの異常が見られたことがありますか？	<input type="checkbox"/> はい → <input type="checkbox"/> いいえ	具体的に