

診察申込書 (Fax 用)

申し込み日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

診察希望日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

(新規 初診 再診)

飼い主様

フリガナ 氏名	
電話番号 (Fax)	()
住所	
診察券ナンバー	No. _____

ペット

お名前	ちゃん
種類	犬・猫・ウサギ・カメ・ハムスター フェレット・鳥 () その他のエキゾチック ()
生年月日	_____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 才)
性別	オス・去勢オス・メス・避妊メス

● 初めて来院される方にご質問します。該当するものに、 をして下さい。

- (1) ワクチンを1年以内に接種されていますか？ (狂犬病 ・ その他の予防ワクチン)
- (2) フィラリア予防はお済ですか？ (はい ・ いいえ)
- (3) 他院での治療歴はありますか？ (はい ・ いいえ)
- (4) 現在、飲ませているお薬はありますか？ (はい ・ いいえ)
- “はい”の方、どのようなお薬を飲ませていますか？ ()

● 全ての方にご質問します。

(1) どのような症状でご来院されますか？ 該当欄にチェック、または をして下さい。

- 皮膚・耳 (脱毛 ・ 痒み ・ 創傷 ・ しこり ・ その他 ())
- 眼科 (充血 ・ 創傷 ・ 痛み ・ 眼やに ・ その他 ())
- 口腔内 (痛み ・ 赤み ・ 歯石 ・ その他 ())
- 泌尿器 (排尿困難 ・ 血尿 ・ その他 ())
- 消化器 (食欲低下 ・ 嘔吐 ・ 下痢 ・ 排便困難 ・ 血便 ・ 寄生虫
その他 ())
- 運動器 (歩行異常 (前肢 ・ 後肢) ・ その他 ())
- 呼吸器 (咳 ・ 鼻水 ・ くしゃみ ・ 努力呼吸 ・ その他 ())
- 予防 (狂犬病 ・ 混合ワクチンもしくは、その他ワクチン ・ フィラリア)
- 健康診断 (一般健康診断 ・ 血液検査 ・ レントゲン検査 ・ 超音波検査 ・ 心電図)
- 相談 (しつけ ・ 産科 ・ セカンドオピニオン ・ その他 ())

上記以外でお気づきになった症状があれば記載して下さい。