

No. _____



かわいい患者さんに代わってお答えください

_____年 月 日

飼い主	フリガナ	住 所				
		フリガナ 〒 _____				
電話	-			緊急時の ご連絡先	☎	勤務先
	PC 携帯電話	@			紹介	ホームページ・タウンページ・ペットショップ ご友人()・その他()
ペット名		品種	毛色()		オス・メス	生年月日 年 月 日頃
保険	未加入・加入(保険名:)		マイクロ チップ	無・有(No.)		飼育開始日 年 月 日頃

1.いつも住んでいる場所は？ ①室内 ②ケージ ③庭で放し飼い ④庭の犬舎 ⑤その他

2.入手方法は？ ①買った ②もらった ③自宅で生まれた ④拾った ⑤いつのまにか住みついた

3.本日の来院理由は？

- ①具合が悪そうだから
- ②健康チェック・相談
- ③ワクチン接種
- ④フィラリア予防

いつ頃からですか

どこが悪そうですか

どんな症状ですか

4.ワクチンは接種してありますか？

- ①はい
- ②いいえ

接種したワクチンと時期は？

a.狂犬病(年 月頃)

b.()種混合(年 月頃)

c.その他(ワクチン名:)

(年 月頃) d.分からない

5.フィラリアの予防をしていますか？

- ①はい
- ②いいえ

どんなタイプの薬ですか？

a.チュアブル(おやつ)タイプ

b.錠剤

c.粉末

d.スポットタイプ

e.注射

6.不妊手術(去勢・避妊)はしましたか？

- ①はい(年 月頃)
- ②いいえ

7.いつも何を食べていますか？

- ①缶詰(犬用)
- ②ドライフード(犬用)
- ③人の食べ物
- ④その他

メーカーまたは商品名

メーカーまたは商品名

具体的に

8.交通事故、その他けがをしたことがありますか？

- ①はい(年 月頃)
- ②いいえ

どんなけがですか？

9.今までに病気になったことはありますか？

- ①はい(年 月頃)
- ②いいえ

どんな病気ですか？

10.今までに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？

- ①はい
- ②いいえ

具体的に

11.その他、不安なことや心配なこと、お気づきの点がございましたらご自由にご記入ください。(例:食べ物のアレルギー、性格など)

12.当院からお知らせなどをお送りしてもよろしいですか？ ①はい ②いいえ

No. _____



かわいい患者さんに代わってお答えください

_____年 月 日

飼い主	フリガナ	住	フリガナ			
		所				
電話	-		緊急時の	☎	-	勤務先
	-		ご連絡先			
メール	PC				紹介	ホームページ・タウンページ・ペットショップ
	携帯電話	@				ご友人()・その他()
ペット名		品種	毛色()		オス・メス	生年月日
						年 月 日頃
保険	未加入・加入(保険名:)		マイクロチップ	無・有(No.)		飼育開始日
						年 月 日頃

1.いつも住んでいる場所は？ ①室内 ②ケージ ③おもに室内(外出自由) ④その他

2.入手方法は？ ①買った ②もらった ③自宅で生まれた ④拾った ⑤いつのまにか住みついた

3.本日の来院理由は？

①具合が悪そうだから →

②健康チェック・相談

③ワクチン接種

4.ワクチンは接種してありますか？

①はい →

②いいえ

接種したワクチンと時期は？ a.()種混合(年 月頃)

b.猫免疫不全ウイルス(年 月頃) c.猫白血病ウイルス(年 月頃)

d.その他(ワクチン名:)(年 月頃) e.分からない

5.不妊手術(去勢・避妊)はしましたか？

①はい(年 月頃) ②いいえ

6.いつも何を食べていますか？

①缶詰(猫用) →

②ドライフード(猫用) →

③人の食べ物 →

④その他 →

7.交通事故、その他けがをしたことがありますか？

①はい(年 月頃) →

②いいえ

8.今までに病気になったことはありますか？

①はい(年 月頃) →

②いいえ

9.今までに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？

①はい →

②いいえ

10.その他、不安なことや心配なこと、お気づきの点がございましたらご自由にご記入ください。(例:食べ物のアレルギー、性格など)

11.当院からお知らせなどをお送りしてもよろしいですか？ ①はい ②いいえ

表 1-2 系統的問診項目

項目	問診	項目	問診
一般状態(GC)	a) 元気は今まで通りですか？	心血管系(CV)	a) 運動時疲れることがありますか？
	b) 力強さは今まで通りですか？		b) 運動時咳をすることがありますか？
	c) 疲れやすい様子はありますか？		c) 腹部が膨らんで水がたまったようなことはありますか？
	d) 運動には変化がありませんか？		d) 全身が水腫れのようになったことはありますか？
	e) 今までより眠ることが多くなりましたか？		e) チアノーゼを起こしたことはありますか？
	f) 食欲は今まで通りですか？		f) 気絶したことはありますか？
	g) 水は今まで通り飲みますか？		
	h) 体重に変化はありましたか？		
	i) 熱はあるようでしたか？		
	j) ぐったりした様子が見られましたか？		
	k) 落ちつかない様子が見られましたか？		
皮膚(SK)	l) 攻撃的になったことはありますか？	呼吸器系(RE)	a) 息苦しい様子は見られましたか？
	a) 色に変化はありますか？	b) 呼吸の様子は今までと変わっていますか？	
	b) 毛艶、手ざわりに変化はありますか？	消化器系(GI)	a) 物を食べられない様子ですか？
	c) 毛が抜けたりしたことがありますか？		b) 吐くことはありますか？
	d) かゆがっていましたか？		c) 吐き気は見られましたか？
	e) 皮膚に傷やできもの、あるいは盛り上がったところがありましたか？		d) 腹痛のある様子でしたか？
			e) 便の回数は今まで通りですか？
			f) 便は下痢や軟便が見られましたか？
			g) 便の中に血や粘液が混じていましたか？
			h) 便の中や肛門の周りに虫のようなものは見られましたか？
			i) 全身や眼が黄色くなったことはありますか？
眼・耳鼻咽喉(EENT)	a) 視力や視野に変化はありましたか？		泌尿生殖器系(UG)
	b) 眼が赤くなっていたことはありますか？	b) 夜中に尿をするようなことがありますか？	
	c) 眼やにがでていましたか？	c) 尿の量に変化がありますか？	
	d) 聴力に変化はありましたか？	d) 尿をする時、痛みがあるようですか？	
	e) 耳の中が臭いことはありましたか？	e) 尿をもらすことはありませんか？	
	f) 耳から分泌物が出たことはありましたか？	f) 尿に赤い色がついていることはありませんか？	
	g) 頭を左右に激しく振ることはありましたか？	g) 尿の濁りに気付いたことはありますか？	
	h) 耳にかゆみや痛みがあるようでしたか？	h) 尿の中に砂や石のようなものを見たことはありますか？	
	i) 鼻から鼻水や分泌物は出ていましたか？	i) 外陰部から分泌物が出たことはありますか？	
	j) くしゃみや鼻をずるずるすることはありましたか？	j) 発情はいつ見られましたか？	
	k) 声に変化や、いびきなどは気が付きましたか？	k) 発情の周期に変化はありましたか？	
l) 咳に気づいたことはありましたか？	神経系(NV)	a) 意識を失ったことはありますか？	
m) 呼吸をする時に音が聞こえませんでしたか？		b) ふるえたりすることはありますか？	
n) 呼吸が困難な様子は見られましたか？		c) 痙攣を起こしたことはありますか？	
o) チアノーゼが見られたことはありましたか？		d) 歩き方に異常はありませんか？	
		e) 麻痺がみられたことはありますか？	
骨格筋系(MS)		a) 手足や全身に痛みが見られるようでしたか？	
	b) 関節が腫れたことはありますか？		
	c) 硬直やぎくしゃくした動きは見られましたか？		