

問診票

Interview sheet



【飼主様情報】

フリガナ

お名前

※ペット保険加入者の方はご契約者名をご記入ください

住所

連絡先①

()

連絡先②

()

ご職業

当院をどこで最初に
知りましたか？

ネット検索
 直接見て

インスタグラム
 路面看板

Google map
 知人のご紹介

Caloo pet
 市役所封筒

同居犬・猫で既に来院
 回覧板 その他

【ペット情報】

お名前

品種

(毛色:)

生年月日

年 月 日 (才)

ペット
保険

アニコム アイペット
 その他() 未加入

性別

オス 去勢オス メス 避妊メス

性格

人なつっこい 恐がりさん その他
 おとなしい 怒りっぽい ()

動物種

犬・猫

どこから
きましたか？

ペットショップ() ブリーダー
 知人() 保護・野良

【ご来院目的】

具合が悪い 健康診断 ワクチン フィラリア・ノミダニ セカンドオピニオン トリミング

具合が悪いとお答えの方 良い治療を行うために必要な内容となっております。お手数おかけ致しますが、分かる範囲でお答え下さい。

症状	(例:下痢気味・嘔吐など)	いつ	(例:昨日の晩から)
治療・検査 について	<input type="checkbox"/> 必要な検査は全てして欲しい <input type="checkbox"/> 検査と費用を相談しながら決めていきたい <input type="checkbox"/> 検査はあまり望まない		

【その他】

分からないものは無記入でお願いします。

Q1 いつも食べているものは何ですか？

ドライフード 缶詰 その他
(商品名) () ()

Q2 他に動物を飼っていますか？

はい() いいえ

Q3 行っている予防をチェックしてください

狂犬病ワクチン 混合ワクチン(種混合)
 フィラリア ノミダニ

Q4 合わないお薬はありますか？

はい() いいえ

Q5 今までに受けた手術やかかった病気があれば
教えてください

Q6 その他、伝えておきたい事はありますか？

Q7 マイクロチップは挿入済みですか？

はい いいえ

Q8 DM 受け取り不可の方のみチェックをご記入ください。

ご協力ありがとうございました

No.

年 月 日

スタッフ
記入欄

一般・歯科・皮膚科



サーカス動物病院

どうぶつの皮膚科[®] 耳科[®] アレルギー科[®]

皮膚科問診票

Dermatology Interview sheet

飼い主様
お名前

ペット
お名前

皮膚症状について

痒みの程度 (該当部分に○をつけてください)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
全く痒くない		たまに痒がる				よく痒がる				常に痒がる

症状が出る時期

春 夏 秋 冬

どのような症状か

いつ頃からの症状か

才 / ヶ月

これまでの皮膚治療について

現在治療はされていますか？ はい いいえ

飲み薬	ぬり薬	注射薬
製品名:	<input type="checkbox"/> ステロイド <input type="checkbox"/> 抗生物質 <input type="checkbox"/> その他	製品名:
用量用法:	用量用法:	用量用法:

現在スキンケアはされていますか？

はい いいえ

頻度: 回 / ヶ月

場所: 自宅 トリミングサロン

最後のシャンプー: 日・週・ヶ月前

シャンプー後に痒がることは: ある ない

現在の体調

一般状態: 良好 元気衰退

食欲: 有 無

飲水量: 多い 普通 少ない

便: 良好 下痢

尿: 多い 普通 少ない

体型: 肥満傾向 変わらず 削瘦傾向

その他: ()

今までに行った検査

アレルギー検査 血液検査

皮膚科検査 その他

診察にあたって希望はありますか？

生活環境について

飼育環境について

屋内 屋外

屋内と答えた方: 人と一緒 ケージ内

決められた場所を自由に移動

お散歩について

回数: _____ 散歩時間: _____ 分

お散歩コース: アスファルト 土 草むら

散歩後に痒がることは: ある ない

留守番について

留守中の変化:

留守番時間:

他の動物と触れ合うことはある?

ある ない

苦手なものは?

- 天災(雷や台風 etc.) 大きな音
 子供 他の動物
 その他(_____)

同居動物は?

いる いない

いる場合: 仲良い 悪い

ノミ・ダニ・フィラリア予防

首筋に垂らす薬		飲み薬	他	最後の予防日
病院の薬	市販の薬			<input type="checkbox"/> 1ヵ月以内 <input type="checkbox"/> 2ヵ月以上前 <input type="checkbox"/> 1.5ヵ月以内 <input type="checkbox"/> したことがない

現在の食事は

食事			おやつ			
ペットフード		手作り	市販	人間食	野菜・果物	ハミガキガム
病院で購入	市販フード	内容:	内容:	内容:	内容:	
製品名:	製品名:					
摂取している食材						
嗜好性の問題 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし						

かかりつけ医

- あり(_____)
 なし

今後の診療

- 当院での診療継続
 かかりつけ医での診療希望

No. _____ 年 _____ 月 _____ 日

どうぶつの皮膚科[®]
耳科[®] アレルギー科[®]