伊勢崎動物医療センター

外科・循環器科・腫瘍科問診票

飼い主様情報	ふりがな お名前		
	ふりがな ご住所　〒		
	携帯番号		
	ご紹介病院		☐ ご紹介病院無し
	☐ 検査 / 治療結果や経過について、ご紹介病院への報告を許可します。 個人情報保護法に基づいて、臨床データ（品種、年齢、検査所見、経過、治療成績など）を論文や学会報告で用いることに同意いたします。 日付　　年　月　日　ご署名		
お連れになった動物について	種類　犬 ・ 猫	品種	毛色
	性別　雄 / 雌 （不妊 / 去勢：済・未）		
	生年月日　西暦　　年　　月　　日 / 不明の場合はおよそで構いません		
	今までにかかった病気や手術		
	アレルギーや薬の副作用について 現在治療中の病気：　☐特になし 使用しているお薬：　☐特になし		
	予防歴　☐狂犬病ワクチン （最後は　年　月　日・不明） ☐混合ワクチン （種類　）（最後は　年　月　日・不明） ☐フィラリア予防 （最後は　年　月　日・不明） ☐ノミダニ予防 （最後は　年　月　日・不明）		
	生活環境　☐室内のみ ☐主に室内 ☐屋外 （その他　） 同居の動物（　） ☐いない		
	食事　ドライフード / ウェットフード （その他　）		
	ペット保険 加入している（会社名：　） ☐未加入		
今回の症状について	・いつ頃から始まりましたか？：		
	・症状について教えてください：		