

問診票 お名前: ちゃん 月 日 ()

本日はどうされましたか？

□前回の診察のつづき(再診)

(前回に比べて: □良くなっている □変わらない □悪くなっている)

□症状(いつから: どんな:)

□予防(□混合ワクチン □狂犬病予防接種 □フィラリア □ノミ・マダニ □駆虫薬)

□相談・気になること(□不妊手術 □その他)

□健康診断 □その他() □イヤークリーナー・シャンプー

下記の症状であてはまる項目にチェックをつけてください

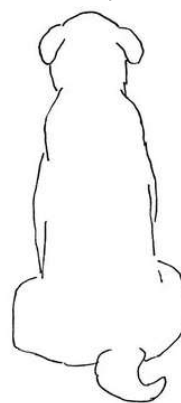
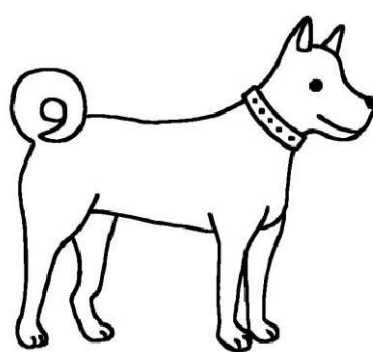
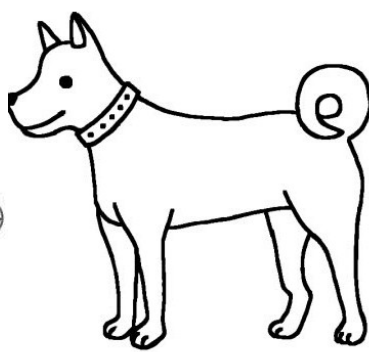
□目(赤い・白く濁っている・目やに・涙) □皮膚(かゆみ・脱毛) □耳

□歯・くち □咳 □鼻水 □くしゃみ

□元気がない □食べない(いつもの食欲を 100%とすると %)

□痩せてきた □消化器症状(下痢・嘔吐・便秘) □痛みがある

□泌尿器症状(頻尿・血尿・尿がでない・尿もれ) □しこりがある



(↑ ↑ 症状のある場所を書き込んでください↑ ↑)

希望処方日数:(日分) □前回と同じ □診察時に相談

(目薬 本・ココペリ 本・)

次回診療希望日:(月 日) AM/PM ・ 未定

問診票 お名前： ちゃん 月 日()

本日はどうされましたか？

□前回の診察のつづき(再診)

(前回に比べて： □良くなっている □変わらない □悪くなっている)

□症状(いつから： どんな：)

□予防(□混合ワクチン □ノミ・マダニ □駆虫薬)

□相談・気になること(□不妊手術 □その他)

□健康診断 □その他()

下記の症状であてはまる項目にチェックをつけてください

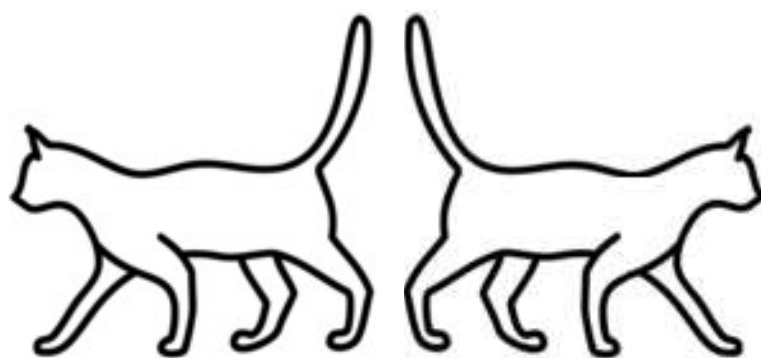
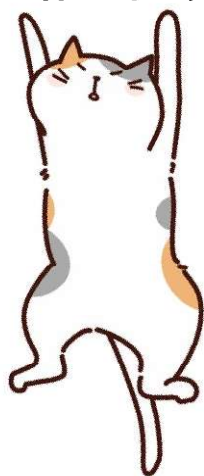
□目(赤い・白く濁っている・目やに・涙) □皮膚(かゆみ・脱毛) □耳

□歯・くち □咳 □鼻水 □くしゃみ

□元気がない □食べない(いつもの食欲を 100%とすると %)

□痩せてきた □消化器症状(下痢・嘔吐・便秘) □痛みがある

□泌尿器症状(頻尿・血尿・尿がでない・尿もれ) □しこりがある



(↑↑症状のある場所を書き込んでください↑↑)

希望処方日数：(日分) □前回と同じ □診察時に相談

(目薬 本・ココペリ 本・)

次回診療希望日：(月 日) AM/PM ・ 未定