

問診票

受診日 年 月 日

カルテ No. _____ お名前 (_____ 様 _____ ちゃん)

1. 本日の診察のご希望をご記入ください。

狂犬病ワクチン 混合ワクチン

前回の症状の再診 初めての症状の診察 検査 手術

2. 症状を具体的にご記入ください。

例) 前回より痒みが減った。

3. 元気はありますか？

元気がある 少し元気がない 全くない

4. 食欲はどうですか？

いつも通り食べる 好きなもの（おやつなど）だけ食べる

あまり食べない 全く食べない

5. 最後に食べ物を食べたのはいつですか？

本日 (_____ 時頃) その他 (_____)

6. この1週間で嘔吐はありましたか？

ない あった (最後に嘔吐した時：本日 _____ 時頃・他 _____)

7. この1週間で下痢はありましたか？

ない あった (最後に下痢した時：本日 _____ 時頃・他 _____)

8. お水を飲む量やおしっこの量は以前と比べて変化はありますか？

飲水量： 変わらない 増えた 減った

尿量： 変わらない 増えた 減った

本日処方ご希望のものをご記入ください。

フィラリア予防薬 (種類： _____) (_____ か月分)

ノミ・ダニ予防薬 (種類： _____) (_____ か月分)

薬 (_____)

その他 (_____)

院内記入欄：

BW _____ kg
T _____ P _____ R _____

再診日

_____ 日・週・カ月 後

設定なし

お渡し

来院 郵送

備考

次回絶食

保険 (_____)