どうぶつの総合病院
専門医療＆救急センター

耳科（猫）飼主様問診票

● 飼い主様のお名前：※ふりがなもお書き添えください

● ご住所：〒

● 電話番号：（　　—　　）　● FAX 番号：（　　—　　）

● 緊急連絡先：（　　—　　）

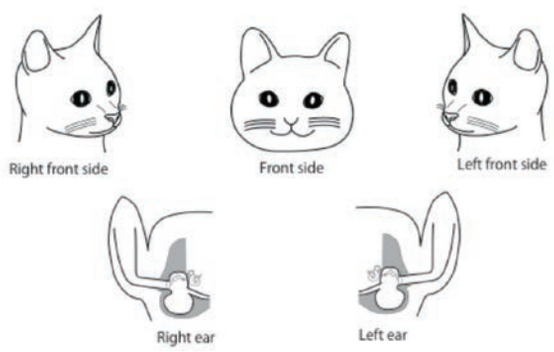
● ペットのお名前：

● 品種：　　● 年齢：　　才（　　年　　月　　日生まれ）

● 性別：　オス ・ 去勢済みオス ・ メス ・ 避妊済みメス（手術　　年　　月　　日）

以下のご質問にわかる範囲で答えて下さい。（該当する□に印をして下さい）

● みてもらいたい症状は何ですか？（みてもらいたい部位を○で囲んで下さい→）



● いつごろから始まりましたか？

● 原因として気になることはありますか？

● 耳以外に気になること困ることはありますか？

● 自宅で行う耳のケアはありますか？

● ご家族や同居動物に皮膚病がありますか？　□ はい　□いいえ

● ご家族の中に喫煙者はいらっしゃいますか？　□ はい　□いいえ

● どこで生活していますか？　□ 屋外　□屋内自由　□屋内制限　□その他

● 食餌やおやつ・ご褒美に何を与えていますか？

● 食餌はどのように与えていますか？　1日　　回　□ 自由菜食　□ 食べきり

● 排泄はどこでしていますか？　□ 屋外　□屋内　□ベランダ　□その他

● トイレはいくつ用意していますか？　　箇所

● 爪研ぎはありますか？　□ はい　□いいえ

● 好きな遊びはありますか？　□ はい　□いいえ

● いつから飼い始めましたか？　　歳／　　ヵ月齢から

● 猫を飼うのは初めてですか？　□ はい　□ いいえ

● さしつかえなければ、動物を飼おうと思った理由を教えて下さい。

※得られた診療情報は獣医学の発展（医療技術の向上や教育）のため学術利用することがあります（例：学会発表、教育講演、学術雑誌/論文、研究）。飼い主様の個人情報が公開されることはありません。診療情報の学術利用に同意いただけない方はお申し出ください（同意・非同意の選択はいかなる時でも撤回・変更可能です。さらには非同意もしくは同意の撤回による診療上の不利益は一切ありません）。