どうぶつの総合病院
専門医療＆救急センター

皮膚科（猫） ご家族様 問診票・同意書

- 飼い主様のお名前：ふりがなもお書き添えください。

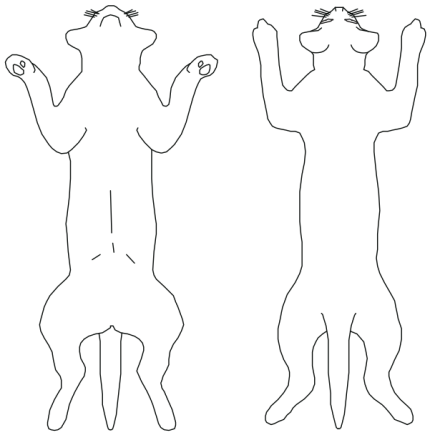
- ご住所：〒

- 電話番号：
- 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お答えください。（該当する□に印をしてください）

- みてもらいたい症状はなんですか？（みてもらいたい部位を〇で囲んでください→）



- いつ頃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？

- 皮膚以外に気になることはありますか？

- 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
- 食事やおやつ・ご褒美に何を与えていますか？
- 食事はどのように与えていますか？ 1日　　回 □自由採食 □食べきり
- 排泄はどのようにしていますか？ □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
- トイレはどのように掃除していますか？
- 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/　　ヶ月齢から
- 猫を飼うのは初めてですか？ □はい □いいえ
- 差し支えなければ動物を飼おうと思った理由を教えてください。

診療にあたって得られた診療情報、検査結果や検査材料を、獣医学の発展（医療技術の向上や教育、研究）のために学術利用（例：学会発表、教育講演、学術雑誌、学術論文、研究など）することがあります。なおこれに関し、ご家族様の個人情報が公開されることはありません。
ご理解・ご同意いただける場合にはこちらの署名欄にご署名ください。なお、非同意による診療上の不利益は一切ございません。

日付：　　年　　月　　日　　署名：