どうぶつの総合病院
専門医療＆救急センター

外科 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：　　歳齢（　　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）

● 今まで病気になったことはありますか？ □ はい □いいえ

病名：　　いつ頃：

● 交通事故、その他大きなケガをしたことはありますか？ □ はい □いいえ

どんなケガでしたか？：　　いつ頃：

● 今までに注射などでショック、その他の異常が見られたことがありますか？ □ はい □いいえ

具体的に：

● 今回の来院理由、現在の主な症状はなんですか？

● それはいつからですか？

● その他気になることはありますか？

※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）。