

# 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:

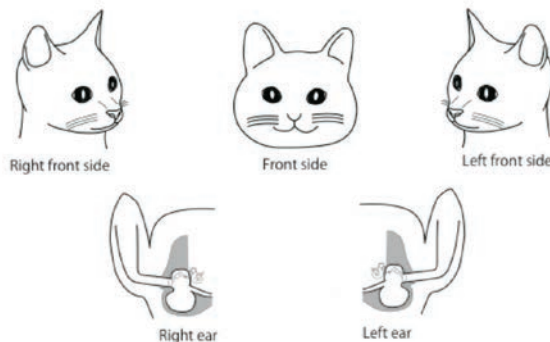
● 品種:                      ● 年齢:                      才(      年      月      日生まれ)

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

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

● 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 /      カ月齢から

● 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ください。