

年 月 日

問診票

お名前 _____ ペットのお名前 _____

初診・前回と異なる症状の方は①からご記入ください。

※前回の診察の治療経過の方は⑦からお願いいたします。

① 本日は、どのような症状ですか？(可能な限り詳しくお願いします)

② その症状はいつ頃気づきましたか？ (_____ ごろから/ 急に ・ 徐々に)

③ その症状は過去にもありましたか？ (はい (_____ 頃にもあった) ・ いいえ)

④ 今回の症状で、他の病院にかかりましたか？ (かかられた方は検査・治療内容をご記入ください)

〈検査・治療内容〉

⑤ その他、気になることがあればご記入ください。

⑥ [再診の方] 本日の診察内容を教えてください (○をつけてください)

本日の内容 (健康診断 ・ 治療の経過 ・ いつものケア(歯のカットなど))

治療の経過の方、症状は (改善している ・ 変わらない ・ 悪化している)

悪化しているのご回答された方、詳細をご記入ください

⑦ [再診の方]その他気になる症状などがあればご記入ください。