

# 大分小動物病院

No. \_\_\_\_\_

年 月 日

## ■ 飼い主様

フリガナ		ご住所	〒
お名前			
ご職業		お電話番号	
かかりつけ病院		緊急連絡先	

## ■ 患者様(動物)について

お名前	呼び名( )	生年月日	年 月 日 ( 歳 ヶ月)
品種		毛色	
性別	<input type="checkbox"/> オス(♂) <input type="checkbox"/> メス(♀)	不妊去勢手術	<input type="checkbox"/> 済み( 年 月) <input type="checkbox"/> する予定なし <input type="checkbox"/> 検討中
入手方法	<input type="checkbox"/> ペットショップ <input type="checkbox"/> ブリーダー <input type="checkbox"/> もらった <input type="checkbox"/> 自家繁殖 <input type="checkbox"/> 拾った <input type="checkbox"/> その他( )		
血縁との面識	<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 小さい頃のみ有り	同居の動物	
予防 (年/月)	<input type="checkbox"/> フィラリア <input type="checkbox"/> ノミ <input type="checkbox"/> ( )種混合ワクチン <input type="checkbox"/> 狂犬病 <input type="checkbox"/> 猫白血病 <input type="checkbox"/> わからない ( / ) ( / ) ( / ) ( / ) ( / )		

該当する□に印をして下さい。

## ■ 当院における再診について

- よくなるまで当院通院希望  2~3回なら再診可能  
 診断や治療プランが確定するまで当院通院希望  再診は不可能

## ■ 検査について

- 病気の早期発見のためにもひと通り全ての眼科検査を希望  
 今回の病気に対しての必要な眼科検査のみを希望

通常ご予約の方であれば、所要時間の目安は全過程で約1時間です。

※一通り検査した場合、  
診察料 ¥3,240  
検査料 ¥25,000 位となります。

## ■ その他・ご要望

--

# 大分小動物病院

No. \_\_\_\_\_

年 月 日

言葉の話しえない患者さんに代わり以下の質問をお聞かせください。(該当する□に印をしてください。)

● 眼の症状はどんな様子ですか？

アイチェック(眼の健康診断)  セカンドオピニオン  主治医よりすすめられて  
ご家族様のご理解範囲で結構ですので、きっかけや経過をお聞かせ下さい。

● 眼の症状はいつからですか？

\_\_\_\_\_ 頃から  わからない

● それはどちらの眼ですか？

右目  左目  両目

● 眼の症状の進行は？

急に進行  ゆっくりと進行  わからない

● 親、もしくは兄弟に同様な症状はありますか？

ない  ある  わからない

● 視覚に障害、または障害物にぶつかることがありますか？

ない  わからない  ある {  昼間(明所)  夜間(暗所)  常時 }

● お散歩は好きですか？(行きますか？)

場所・時間に関わらず好き  特定の場所・時間に限り好き  嫌い・行かない

● 以前に眼の病気やケガをしたり、目薬を使用したことはありますか？

\_\_\_\_\_ 頃  
病名・症状: \_\_\_\_\_

● 眼以外に病気やケガをしたことはありますか？

\_\_\_\_\_ 頃  
病名・症状: \_\_\_\_\_

● 今現在、何か薬を使っていますか？

内服薬  点眼薬  外用薬(点眼薬以外)  使用していない  その他( )