

眼科問診票

年 月 日

●飼い主様の情報

ふりがな		電話	— —
飼い主様 氏名		携帯	— —
		ご職業	
住所	〒		

●どうぶつについて（□には、当てはまるものに✓をいれてください）

ふりがな		生年月日	西暦
お名前			年 月 日（ 歳）
動物種	犬 ・ 猫	品種	
性別	<input type="checkbox"/> オス <input type="checkbox"/> 去勢オス <input type="checkbox"/> メス <input type="checkbox"/> 避妊メス	性格	<input type="checkbox"/> 温厚 <input type="checkbox"/> 陽気 <input type="checkbox"/> 寂しがり <input type="checkbox"/> 怖がり <input type="checkbox"/> その他（ ）

できるだけ具体的に記入ください

現在の症状を教えてください。	
その症状はいつからありますか？	症状が見られる目は左右（あるいは両目）どちらですか？
（ ）月頃 または（ ）日前から	<input type="checkbox"/> 右目 <input type="checkbox"/> 左目 <input type="checkbox"/> 両目
これまでの病歴をお知らせください（病名または症状）	これまでの手術歴をお知らせください。
現在使用しているお薬があれば教えてください。	一緒に飼われている動物種を教えてください。
当院での治療のご希望などがありますか？	

当院をどのようにしてお知りになりましたか？

近所 通りがかり ホームページ 紹介（ 様） その他（ ）