



お名前（ふりがな）：
動物名（ふりがな）：
診察券番号：

本日はどうされましたか？

- 前回の再診（前回に比べ：良くなっている 変わらない 悪くなっている）
 予防（混合ワクチン 狂犬病予防接種 フィラリア ノミ・マダニ） 健康診断 不妊手術の相談
 具合が悪い その他（_____）

下記の症状であればまる項目にチェックをつけてください

- 目（白い・赤い・目やに） 皮膚（かゆみ・脱毛） 耳 お腹（下痢・嘔吐・便秘）
食べない（いつもの食欲を100%とすると_____%） 食べ方がおかしい 痩せてきた 元気がない
咳 鼻水 くしゃみ 痛みがある しこりがある おしっこ（頻尿・血尿・でない・尿もれ）
その他（_____）

検査、治療について

- 必要な検査はすべて行いたい 検査と費用を相談して決めたい 検査はあまり望まない

具合が悪い場合いつからどのような様子が詳しく記入してください