Kanazawa Animal Medical Center

耳科(犬) 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：(　　–　　)

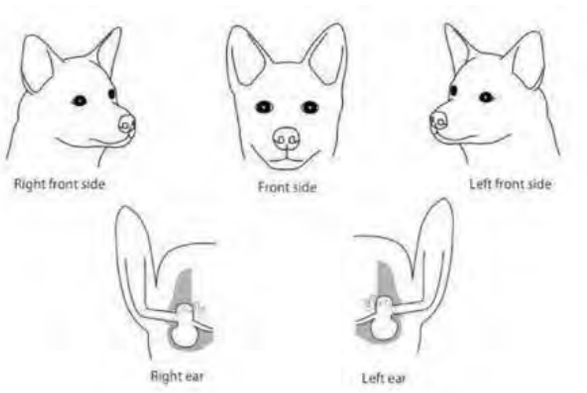
● ペットのお名前：

● 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？

● 自宅で行う耳のケアはありますか？

● 耳以外に気になること困ることはありますか？

● 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　□屋内ゲージ　□その他

● 食餌やおやつ・ご褒美に何を与えていますか？

● 排泄はどのようにしていますか？ □ 屋外　□屋内　□ベランダ　□その他

● 散歩に出かけますか？ □はい (1日　回・各　分 / □歩き・□自転車・□ドッグラン・□その他) □いいえ

● いつから飼い始めましたか？　歳 /　ヵ月齢から

● 犬を飼うのは初めてですか？ □ はい　□ いいえ