

眼科 問診表

飼い主様名	フリガナ			ご職業		
TEL	-	-	携帯 TEL	-	-	
ご住所	〒					
動物の名前		性別	雄（去勢済・未去勢）		雌（避妊済・未避妊）	
生年月日	西暦	年	月	日頃	犬・猫・その他	品種

- ◇ 眼の症状はいつから始まりましたか。（ 月頃 / 日前・ ヶ月前）
- ◇ 発症は右目ですか左目ですか？ （ 右目 , 左目 , 両目 ）
- ◇ 現在の状態を教えてください。（ ）
- ◇ 発症は急でしたか、徐々に進んできたものですか？ （ 急に , 徐々に ）
- ◇ 症状は続いていますか？ （ 続いている , 直ったり発症したりする , 悪化している ）
- ◇ 目の症状以外に全身性の症状はありますか？ （ はい , いいえ ）
- ◇ 目を細める、擦る、掻くなどのしぐさはありますか？ （ はい , いいえ ）
- ◇ 物にぶつかることはありますか？ （ はい , いいえ ）
- ◇ いままで投与した薬があれば名前を書いてください。（ はい , いいえ ）
- ◇ 投薬した薬は何ですか？ （ ）
- ◇ その効果はどうでしたか？ （ 良くなった , 変わらない , 悪くなった ）
- ◇ 既往歴はありますか？（ 眼科・全身 / ）
- ◇ 他に動物を飼っていれば教えてください。（ 種類： , (数 頭)
- ◇ この動物は家でどこに住んでいますか。 屋内（ % ） , 屋外（ % ）
- ◇ いつも何を食べていますか。（ 商品 ）
- ◇ 目ヤニの種類を教えてください。
（ なし , 粘稠性あり , 粘稠性なし , 白色 , 黄色 , 黄緑色 , 透明 , 赤茶色 ）
- ◇ 他院（ホームドクター）で診察されている場合には診断名を教えてください。
受けていない・受けている（ 診断名; ）
- ◇ 動物病院での診察時に怒ったり咬みつく事がありますか？ （ はい・いいえ ）
- ◇ 動物保険には加入していますか？（ はい(保健会社名: _____)・いいえ)
- ◇ 当院をどのようにしてお知りになりましたか？
（ 看板・ホームページ・電話帳・ご紹介者(病院)様 _____)