

眼科初診票

カルテNo

オーナー様名

ペット名

生年月日

オス・メス

避妊去勢 済・未

犬・猫

種類

・ 入手方法 ペットショップで購入 ブリーダーより購入 もらった 拾った 自家繁殖 その他

●同居する動物 いない (単独飼育) いる 頭数: 種類:
血縁関係 ある・なし

●食事の種類 市販食 (商品名)
 処方食 (商品名) 手作り その他

●各種予防

混合ワクチン 受けていない 受けている (最終接種日 年 月)
狂犬病ワクチン 受けていない 受けている (最終接種日 年 月)
フィラリア予防 していない している (商品名)
ノミ・ダニ予防 していない している (商品)

●ワンちゃんの親、兄弟に目の病気はありますか

ない わからない ある 具体的な症状名

●過去にアイチェックを受けたことがありますか

ない わからない ある いつですか

●目に気になる症状はありますか

ない ある 具体的な症状名

- ・ どちらの目ですか 右眼 左眼 両眼
- ・ その症状はいつからですか 頃から
- ・ 症状の進行程度は 急に ゆっくり わからない
- ・ その眼は見えていますか 見える
 見えない (昼間や明所で 夜間や暗所で 常に どちらともいえない)

●これまでに目の病気にかかったことはありますか

ない ある 病名 現在その病気は 完治 治療中

●これまでに目以外の病気にかかったことがありますか

ない ある 病名 現在その病気は 完治 治療中

●現在使用しているお薬はありますか

ない ある 内服/外用薬/点眼薬/サプリメント, 漢方/その他

●自宅での点眼や内服はできますか

点眼 できる できない やったことがない
内服 できる (錠剤/カプセル/粉) できない わからない

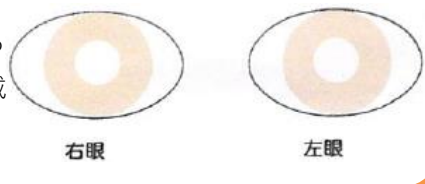
●治療や通院についてのご希望 (現時点でのお考えで構いません)

- ・ 通院 難しい 2.3回だけなら可能 必要に応じて その他
- ・ 治療 できる事はやりたい 手術は希望しない 必要に応じて その他

●その他、ご希望があればお書き下さい

頃 診断名

症状がある
箇所を記載



これまでの検査結果や診断書、現在使用のお薬などございましたら診察前に受付にお渡しください

ご協力ありがとうございました