

問診票（整形外科）

20 年 月 日

カルテNo _____ 飼主名(_____) ペット名(_____)

1. 今回来院の症状についてご記入ください。

- 症状のある部分は？（○をつけて下さい。）

右前足 ・ 左前足 ・ 右後足 ・ 左後足 ・ その他(_____)

- いつからどのような状況ですか？ 具体的な症状を時系列でご記入ください。

受傷時期：20 年 月 日 ～ ・ 時期不明

現在の状況（○をつけて下さい。）：徐々に悪化 ・ 徐々に良化 ・ 変化なし

【記入例】昨日(6/23)朝9時 散歩に行き、ボールで遊んでいて転倒した後から、右後足をびっこひく。

2. 今回の症状で、これまでに当院以外の病院にはかかっていますか？

はい ・ いいえ

「はい」の場合



- いつ頃 20 年 月 日 ～ ● 病院名 (_____)

- 病院では、どのような検査・治療をされましたか？

お薬・注射の名前・分量・使用回数(1日何回など)をご記入ください。

※薬の名前等が不明の場合は、お呼びする時間までに、処方された病院に確認をお願いします。

3. 今回の症状は過去にも出た事がありますか？

はい ・ いいえ

「はい」の場合 → いつ頃、どのような状況でしたか？

4. 今回の症状以外の、病歴や手術の既往歴をご記入ください。

5. その他、気になる事があればご記入ください。



名古屋動物医療センター

〒465-0092 名古屋市名東区社台3丁目248番地

TEL.052-776-0811 (直通)

FAX.052-760-8822