

腫瘍科問診表

年 月 日

飼主様 お名前			
住所	〒		
電話番号		携帯番号	
動物の名前			
種類	犬 ・ 猫	品種	
性別	雄 ・ 雌	去勢済み ・ 避妊済み	
年齢(生年月日)	歳 (年 月 日生)		
ワクチン	種 最終接種時期 (年 月)		
狂犬病予防ワクチン	最終接種時期 (年 月)		
フィラリア予防	(○で囲んでください) 毎年予防している ・ 予防していない年もある ・ 予防していない		
既往歴・大きな手術歴 (避妊・去勢は除く)			
薬・食べ物のアレルギー歴			
現在かかっている 病院名			

診察予約希望日 ※腫瘍科診察は毎週土曜日のみです

(14時～・15時～のどちらかに○を囲んでください)

第一希望日 月 日 14時～ ・ 15時～

第二希望日 月 日 14時～ ・ 15時～

- どのような症状でお困りですか？
- できもの・腫瘍・腫瘍などは体のどの部分にありますか？(例:皮膚・肝臓・腎臓・胃・血液など)
- 腫瘍病変以外の症状はありますか？(例:嘔吐・下痢 など)
- 4-1. 他院で治療中ですか？ (○で囲んでください) はい ・ いいえ
- 4-2. 上記の質問で「はい」と答えた方 :他院ではどのような診断名と治療を受けていますか？
診断名 治療
- 今後の治療はどうされますか？(○で囲んでください)
(当院で治療 ・ かかりつけの病院で治療 ・ まだ決めていない)
- 当院で治療される場合、飼い主様はどのような治療を希望されますか？(○で囲んでください。複数可)
(外科治療 ・ 化学療法 ・ 外科以外の方法 ・ 治療すべてをまかせる)