ワクチン用問診票　（ネコちゃん）

スムーズに診察へご案内させていただく為にも、出来るだけ詳しくご記入頂けると助かります。

★飼主様の情報

ふりがな お名前	住所　〒
電話番号	携帯電話番号

★患者さんの情報

名　前	品　種	毛の色	生年月日	性　別
			年　月　日	男の子・女の子

・どのような経緯で、お家へ来ましたか？	購入 (店名：　　)・ 譲受け・自宅出産・保護・住み着いた
・お家に来た日は？	年　月　日
・いつも過ごしている場所は？	室内のみ　・　室内＋屋外　・　屋外
・他に同居している動物は居ますか？	居ない・居る（種類：　　）
・食事の回数と内容は？	1日（　　）回　　缶詰・ドライフード・半生フード・手作り （メーカーもしくは商品名：　　）
・オヤツや人の食べ物は与えていますか？	いいえ・はい（種類：　　量：　　）
・避妊･去勢手術は受けていますか？	いいえ・はい（手術を受けた日：　　年　月　日　）

★これまでの予防、病気の情報

・ワクチン接種は受けていますか？	いいえ・はい（3・5種混合　接種日：　　年　月　日）
・フィラリア予防はしていますか？	いいえ・はい（薬剤名：　　）
・ノミ予防はしていますか？	いいえ・はい（薬剤名：　　）
・エイズ・白血病検査を受けた事はありますか？	いいえ・はい（エイズ：陰性・陽性　検査時期　　年　月　日） いいえ・はい（白血病：陰性・陽性　検査時期　　年　月　日）
・現在治療中の病気はありますか？	いいえ・はい（病名：　　）
・これまでにかかった病気はありますか？	いいえ・はい（病名：　　時期：　　）
・注射やお薬でｱﾚﾙｷﾞｰが見られた事はありますか？	いいえ・はい（何に対して：　　時期：　　）

★他にご希望の内容はございますか？

・フィラリアのお薬が欲しい	いいえ・はい　（　　ヶ月分）
・診察をして欲しい（気になる症状をお書き下さい）	症状：
・当院からのﾀﾞｲﾚｸﾄﾒｰﾙ(お知らせ)は希望されますか？	いいえ・はい

★当院をどのようにしてお知りになられましたか？（＊＊差し支えが無ければお答えください＊＊）

知人の紹介（　　様）　・ｲﾝﾀｰﾈｯﾄ（ﾎｰﾑﾍﾟｰｼﾞ・ｲﾝｽﾀｸﾞﾗﾑ・ﾌｪｲｽﾌﾞｯｸ・ﾌﾞﾛｸﾞ）・ 通りがかり　・ その他（　　）

詳しいご記入、ありがとうございました。この問診票を当院受付でお出し下さい。

アニマート動物病院
Animato Animal Hospital

年　月　日　受付

ワクチン接種についての説明・同意書

わんちゃん・ねこちゃんに対してワクチンを接種すると、病気に対する抵抗力を与えますが、体質や体調により下のような症状が起こる可能性があります。

以下の説明をよくお読みの上、本日、ワクチンを接種するかどうか飼主様ご自身でご選択ください。

(注) 当院は副作用の観点より、**9:00～11:00**、**16:00～18:00**の時間帯のみ接種致します。

これらの時間外での、ワクチンを接種されるかについては、飼主様の責任にてご判断ください。

〈 ワクチン接種による副作用と合併症について 〉

アレルギー反応

混合ワクチンを接種してから48時間以内に起こることが多く、顔が丸く腫れたり身体に発疹ができたりします。このほか、かゆみを感じたり嘔吐が起こることもあります。

対 処：顔の腫れは4～5時間でおさまるので、様子を見ても大丈夫です。

アナフィラキシーショック

アレルギーでもっとも重い症状で、急速に血圧が低下して呼吸困難や嘔吐・失神などが起こることがあります。最悪の場合、死に至ることがあります。

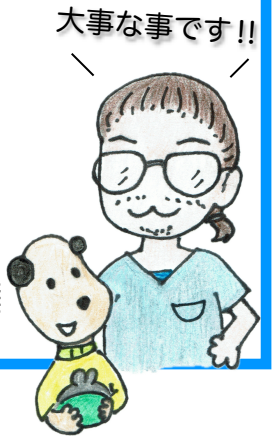
対　処：すぐに動物病院を受診してください

※2018年8月
当院でワクチン接種による死亡事故が起こりました

元気や食欲の低下・発熱

ワクチンは、身体の免疫系に働きかけるため、一時的に発熱が起こったり食欲や元気が低下することがあります。

対　処：接種した翌々日になっても回復しない場合は受診してください



注射した場所の炎症

ワクチンを接種した場所に、炎症が起こり痛みをもたらすことがあります。
数週間たってから、しこりが発生することもあります。

対　処：痛みが強い場合や、しこりが小さくならない場合は受診してください。

本日の体調はいかがですか？（該当する項目に○を付けてください）

食　欲　あり　なし　　**元　気**　あり　なし　　**気になること**　あり　なし

ワクチン接種の同意書

アニマート動物病院 院長 井岡弘樹 殿

上記を理解し、副作用や合併症の危険性、接種時間についても納得したうえで、ワクチンの接種を行うことを選択します。

年 月 日　　年　　月　　日

飼主住所　……

飼主氏名　……

ペットの名前　……