

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 _____	住所 〒 _____
お名前 _____	
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がありますか？	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ギーが見られた事がありますか？	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りましたか？ (**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 (ホームページ・インスタグラム・フェイスブック・ブログ) ・ 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。
(当院は副作用の観点より、午前11時～12時、午後6時～7時の時間帯での接種は致しません。)

〈ワクチン接種による合併症と副作用〉

● 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きました

● 食欲や元気の低下・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： _____

印