ワクチン接種前　チェックシート

年　　月　　日

フリガナ	
飼い主さんのお名前：	様
フリガナ	
ペットのお名前：	ちゃん
性別：	オス　・　メス　・　去勢オス　・　避妊メス
生年月日　　年　　月　　日	歳　／　わからない　／　おそらく　　歳

以下の質問にお答えください。わかる範囲で結構です。

● 家に迎えてから１週間は経過している。	はい　・　いいえ
● １カ月以内・現在、病気の治療をしている。 はいの方　　具体的に　例えば、腎臓病・心臓病など (　　)	はい　・　いいえ
● １カ月以内に体調の悪い日があった。 はいの方　　具体的に　例えば下痢が続いている・生理が長いなど (　　)	はい　・　いいえ
● １カ月以内にワクチン接種をしている。 はいの方　　接種ワクチンの名前(　　)	はい　・　いいえ
● 以前ワクチン接種で具合が悪くなったことがある。 はいの方　　具体的に　例えば、顔が腫れた・ぐったりとしたなど (　　)	はい　・　いいえ
● この子の親・兄弟でワクチン後、具合が悪くなった子がいる。 はいの方　　具体的に　例えば、顔が腫れた・ぐったりとしたなど (　　)	はい　・　いいえ
● 現在、妊娠中・授乳中である。 はいの方　　(出産予定日　　出産日　　)	はい　・　いいえ
● １年以内にけいれんや発作が起こったことがある。 はいの方　　具体的に　例えば、手足を伸ばして、ガタガタ震えるなど (　　)	はい　・　いいえ

今日の状態をお聞かせください。

元気・体調	□良い	□普通	□悪い		
食欲	□旺盛	□普通	□少ない		
排尿	□多い	□普通	□少ない	□排尿時間が長い	□赤い
排便	□正常	□軟便	□泥状	□下痢	
飲水量	□多い	□普通	□少ない		
咳	□気になる	□気にならない程度	□まったく無い		
病院までどうやって来ましたか？	□車	□歩いて	□自転車	□バイク	□その他

ありがとうございました。

上京どうぶつ病院