

<ホメオパシー動物相談質問票>

※黒色のボールペンでご記入下さい。

(言葉が話せない動物に代わって、できる限り詳しくお答えください)

記入日：

(フリガナ)	
飼い主氏名： _____	年齢： _____ 歳 職業： _____
Tel: _____	携帯: _____
Fax: _____	e-mail _____
住所：(フリガナ) 〒 _____	
動物の名前： _____ 生年月日： _____ 年 月 日 年齢： _____ 年 _____ ヶ月 (飼い始めた時の年齢： _____ 年 _____ ヶ月)	
動物種：犬・猫・ウサギ・小鳥・その他： _____	品種： _____
性別：オス・メス 去勢・避妊 (手術年月日： _____ 年 月 日実施)	
体重： _____ kg	体型：肥満／軽度肥満／筋肉質／普通／やせ気味／やせ過ぎ
生活環境：完全屋外・どちらも・完全屋内 1日 _____ 回散歩 (具体的に： _____) *例：ケージ内、屋内外を自由に行き来する、庭で放し飼い等。	
入手方法：購入した／譲り受けた／自宅で生まれた／拾った／いつの間にか住み着いた その他 (具体的に： _____)	
家族構成：	
他に飼っている動物：無・有 (他 _____ 匹、動物種： _____、同居開始年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日)	

1. 主 訴 (身体的・精神的に困っていることなどをご記入下さい)

2. 具体的内容 (いつから・どのような経過を経てきたか等をご記入下さい)

※いつ頃から始まり、その頃の環境は？ どのような時に悪化するか？ 主訴に付随する病気等。

3. 今までに受けた治療・セラピー

4. 今までに飲んでいた薬・今でも飲んでいる薬

5. 予防接種歴 (受けたものに○をして下さい)

狂犬病 _____年 _____月接種

混合ワクチン (_____種混合、メーカー名： _____) _____年 _____月接種

その他 (ワクチン名： _____、メーカー名： _____) _____年 _____月接種

※予防接種後に体調の変化があったものはありますか？ 例) 混合ワクチンをうけた後に下痢をした

6 妊娠中、出産の状況（わかれば）

7. 発育状況（母乳・人工哺乳・歯・飼い始めた時の状況などわかる範囲で詳しく）

8. 父親、母親、兄弟の病気（わかれば）

9. 今までかかった病気（皮膚病・外耳炎・咳・子宮蓄膿症・入院歴など）

※どの病気が酷かったですか？また、それはどのようなようになったのですか？

10. 伝染病（パルボなど）

11. 事故・けが

※該当する項目に○をして下さい。

⑤水分をよくとる・水分をあまりとらない・わからない

⑥運動が好き・運動は嫌い・わからない

⑦体は温かい・冷たい・部位によって違う・わからない

⑧異常感覚・知覚（例.真夏でも布団の中にもぐっている。誰もいない場所に向かって吠える。etc.）

16. ショックを受けたこと・パニックに陥ったこと（具体的にご記入下さい）

17. 恐怖症・怖いもの（具体的にご記入下さい）

18. 性 格

①子供時代…

②現在…

③ストレスを感じること…

④心配・不安なこと…

19.その他（他に何かありましたらご記入下さい）

20. 病歴及び大きな出来事 (出産時・予防接種・薬歴・家族構成や環境の変化など年代順に)

妊娠中の様子

0 歳 — 出産

