

20 年 月 日



鎌倉山動物病院 眼科 問診表

飼い主様名：	動物名：
種類： 犬・猫・その他	生年月日： 年 月 日生 (歳)

- ◇ 眼の症状はいつから始まりましたか。 (年 月頃 / ヶ月前)
- ◇ 現在の状態を教えてください。 ()
- ◇ 発生は急でしたか、徐々に進んできたものですか？ (急に , 徐々に)
- ◇ 症状は続いていますか？ (続いている , 直ったり発症したりする)
- ◇ 発症後に症状の悪化が認められますか？ (はい , いいえ)
- ◇ 発症は右目ですか左目ですか？ (右目 , 左目 , 両目)
- ◇ 目の症状以外に全身性の症状はありますか？ (はい , いいえ)
- ◇ 目を擦ったり、掻いたりしますか？ (はい , いいえ)
- ◇ 痛がるしぐさはありますか？ (はい , いいえ)
- ◇ いままでになにかを投薬しましたか？ (はい , いいえ)
- ◇ 投薬した薬は何ですか？ ()
- ◇ その効果はどうでしたか？ (良くなった , 変わらない , 悪くなった)
- ◇ 既往歴はありますか？ (眼科・全身 /)
- ◇ 物にぶつかることはありますか？ (はい , いいえ)
- ◇ 前の質問ではいと答えた場合、それはいつ頃ですか？ (日中 , 夕方 , 夜)
- ◇ 他に動物を飼っていれば教えてください。 (種類：) , (数 頭)
- ◇ それは連れてきた動物と血縁関係にありますか？ (はい , いいえ)
- ◇ この動物は家でどこに住んでいますか。 屋内 (%) , 屋外 (%)
- ◇ いつも何を食べていますか。 (商品)
- ◇ 目ヤニの種類を教えてください。
(なし , 粘調性あり , 粘調性なし , 白色 , 黄緑色 , 透明 , 赤茶色)
- ◇ その他、何か気になることがございましたらお書きください。
()