

～ 歯 科 の 問 診 表 ～

■ 飼主様について

お名前 ふりがな	御住所 〒	TEL
		Mail

■ 患者さんについて

お名前	品種	毛色	性別(○印)	生年月日(年齢)
			男の子 ・ 女の子 去勢・避妊 (済・未)	年 月 日 才

1、主にどのような症状が気になりますか？

- ① お口の臭い ② 歯の汚れ ③ 歯茎から血が出ることもある ④ ご飯が食べにくそう
⑤ 歯が抜けた ⑥ 歯のケアをしたい
⑦ その他 ()

2、症状がひどくなった時期や気になったきっかけはありますか？

3、現在歯科に関するケアをしていますか？ (はい ・ いいえ)

<はい>と答えられた方へお伺いします。

① どのようなケア製品をお使いですか？お使いになったことがありますか？

- 1) 噛むタイプのケア製品 2) ジェルなどを歯にぬるケア製品
3) 歯磨き製品 4) その他 ()

上記の製品を今も使い続けていますか？ (はい ・ いいえ)

<いいえ>と答えられた方へ その製品をやめてしまった理由やきっかけを教えてください
(価格が高い、忘れてしまうなど)

<いいえ>と答えられた方へお伺いします。

② 今後、歯のケアの為に何か始められたいとお考えですか？ (はい ・ いいえ)

4、歯科に関する処置をしたことはありますか？ (はい ・ いいえ)

<はい>と答えられた方へ

- ① どのような処置ですか？ (スケーリング ・ 抜歯 ・ その他)
② いつ頃ですか？ (3ヶ月以前 ・ 半年前 ・ 1年前 ・ 3年以上前)
③ どこでされましたか？ (トリミングなどのサロン・動物病院名:)

5、普段は何を食べていますか？

- ① ドライフード(メーカー名:) ② 缶詰(メーカー名:)
② 人の食べ物(好物:) ④ おやつ(種類:)

6、この症状で他の動物病院にかかれた事がありますか (はい ・ いいえ)

<はい>と答えられた方へ

- ① 何件の動物病院にかかりましたか？ ()
② その時の診断名は何でしたでしょうか？ ()
③ 診断の為に何か検査をされましたか？ ()

