

予防接種問診票

健康状態をしっかりと把握し、安全にワクチン接種を行うため、お手数をおかけ致しますが、以下の問診に正確にお答えください。また、合わせて下記にご署名をお願い致します。

- 本日の元気・体調はいかがですか？ よい 減退 よくない
- 食欲はいかがですか？ 普通 減退 消失
- 飲水はいかがですか？ 普通 増加 減少
- 排尿はいかがですか？ 正常 異常（回数、量、色、匂い）
- 排便はいかがですか？ 正常 異常（回数、量、色、硬さ、匂い）
- 嘔気や嘔吐がありませんか？ なし あり
- 今までにワクチン接種後に体調が悪化した事がありますか？ なし あり
- 今までにお薬や注射で体調が悪化した事がありますか？ なし あり
- 今までにアレルギー症状を示した事がありますか？ なし あり
- 1ヵ月以内にワクチン接種を行っていますか？ なし あり
- 現在治療中の病気がありますか？（当院かかりつけの方を除く） なし あり
- 1週間以内にシャンプーを行っていますか？ なし あり 月 日

<ワクチン接種への同意>

私は、愛犬・愛猫の健康状態を正しく告知し、注意事項を理解した上でワクチン接種を希望致します。

年 月 日 飼い主さん署名

<ワクチン接種の注意事項>

- 動物の体調や体質によっては、免疫効果が得られないことやまれに副反応を示す事があります。
- ・注射部位の赤みや痒み、痛み、元気減退、軽度の発熱など（数日で消失する事が多い）
 - ・アレルギー（アナフィラキシー様反応）：まぶたや口唇の赤みや腫れ、痒み、下痢、嘔吐
 - ・アナフィラキシー：よだれ、血圧低下、粘膜蒼白、呼吸速拍・困難、体温低下、失神
- 安全のため、予防接種後 15～30 分は、特に注意深く様子を観察しましょう。
- 接種後数日は、激しい運動、シャンプー（幼齢時は1週間以上）は行わないで下さい。
- 異常が認められた場合は、すぐにご連絡ください。

久山獣医科病院

〒170-0004 東京都豊島区北大塚 1-2-13

TEL 03-3917-4796 FAX 03-3917-7534