

問 診 表

No. _____

○飼主様情報

年 月 日

フリガナ		フリガナ			
お名前		住所	〒 -		
電話	- -	携帯	- -	ご職業	
当院をどこで 知りましたか	<input type="checkbox"/> 紹介（知人： <input type="checkbox"/> 病院を直接見て		<input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> 広告		自宅から当院までかかる時間 分

○動物さん情報

種類	<input type="checkbox"/> 犬 <input type="checkbox"/> 猫 <input type="checkbox"/> その他（ ）	性別	<input type="checkbox"/> オス（去勢：有・無） <input type="checkbox"/> メス（避妊：有・無）	かかりつけ 動物病院	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）
お名前	品種	毛色	同居動物	（ 匹）	
生年月日	年 月 日 （ 歳）	飼い始めた 時期	年 月 日 （ 歳ごろ）	入手先	<input type="checkbox"/> ペットショップ名（ ） <input type="checkbox"/> プリーダー <input type="checkbox"/> 保護犬・猫 <input type="checkbox"/> その他（ ）
性格	<input type="checkbox"/> おとなしい <input type="checkbox"/> 人なつっこい <input type="checkbox"/> 恐がり <input type="checkbox"/> 怒りっぽい <input type="checkbox"/> その他（ ）				

○ご来院目的

具合が悪い 健康診断 ワクチン予防 フィラリア予防 健康相談したい

○具合が悪いとお答えの方

症状			
いつ	環境の 変化		
その他			
治療・検査 について	<input type="checkbox"/> すべてみてほしい <input type="checkbox"/> 今悪いところだけ診てほしい <input type="checkbox"/> 相談したい		

○その他（わからないものは無記入でお願いします）

生活場所はどこですか

室内 屋外
 両方 その他（
）

お散歩はしていますか

出る（1日 分くらい）
 出ない

いつも食べているものはなんですか

缶詰（商品名：
）
 ドライフード（商品名：
）
 その他（
）

動物の健康保険は加入されていますか

はい（会社名：
）
※保険証をお持ちの方は受付まで提示をお願いします
 いいえ

ワクチン接種はしていますか

はい 狂犬病：最終接種日（
）
混合ワクチン：最終接種日（
）
 いいえ

フィラリア予防はしていますか

はい（錠剤・食べるタイプ・つけるタイプ）
最終投薬日：（
）
 いいえ

ノミ・マダニ予防はしていますか

はい 商品名：（
）
最終投薬日：（
）
 いいえ

いままでに大きな病気や事故はありますか

はい いいえ