

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"/> ブリーダー <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

今までに大きな病気や事故はありますか

はい いいえ