

+ 問診表 +

NO. _____

+ 飼い主様情報

年 月 日

フリガナ	フリガナ	
お名前	ご住所 〒	
電話	緊急の連絡先	ご職業
当院を何で 知りましたか	<input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> ご紹介・知人 ()	<input type="checkbox"/> 病院を直接見て <input type="checkbox"/> その他 ()

+ 動物さん情報 犬 猫 うさぎ その他 ()

お名前	性別 <input type="checkbox"/> オス <input type="checkbox"/> メス	保険 <input type="checkbox"/> 加入 <input type="checkbox"/> 未加入	<input type="checkbox"/> アニコム <input type="checkbox"/> アイペット <input type="checkbox"/> その他 ()
品 種	毛 色	避妊去勢 <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 済 (年 月頃)	
誕生日 (年 月 日 歳)	マイクロチップ <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし (番号)	性 格 <input type="checkbox"/> おとなしい <input type="checkbox"/> 人なつこい <input type="checkbox"/> 恐がり <input type="checkbox"/> 怒りっぽい <input type="checkbox"/> その他 ()	
狂犬病ワクチン	最終接種日 年 月頃	混合ワクチン 種	最終接種日 年 月頃
フィラリア	最終投与日 年 月頃 お薬名	ノミ・マダニ	最終投与日 年 月頃 お薬名

+ 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 健康の相談

+ 具合が悪いとお答えの方

症 状	
いつ頃 から	行った処置や 検査があれば
治療・検査について	<input type="checkbox"/> すべて診てほしい <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 (分からないものは無記入でお願いします)

- 現在治療中の病気やケガはありますか？過去に大きな病気や事故はありますか？

いいえ はい (現在) (過去)

- 現在飲んでいるお薬はありますか？過去に薬や注射で具合が悪くなったことはありますか？

いいえ はい (現在) (過去)

- 生活している場所はどこですか？

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

- 一緒に生活している動物はいますか？

いいえ はい ()

- 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 ()