

問診票

年 月 日

※印のところは必須項目です。

NO. _____

◆飼い主様情報

フリガナ			
お名前※	電話番号※	-	-
	携帯電話※	-	-
ご住所※	〒		ご職業
ご来院のきっかけ	<input type="checkbox"/> 電話帳・広告 <input type="checkbox"/> インターネット <input type="checkbox"/> 通りがかり・看板 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> ご紹介 (_____ 様 _____ ちゃん)		

◆動物情報

お名前※	性別※	<input type="checkbox"/> オス <input type="checkbox"/> メス	<input type="checkbox"/> 手術済み
動物種※	<input type="checkbox"/> 犬 <input type="checkbox"/> 猫 <input type="checkbox"/> ウサギ <input type="checkbox"/> フェレット <input type="checkbox"/> ハムスター <input type="checkbox"/> その他 (_____)		
品種※	生年月日※	_____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 歳 _____ か月)	
毛色		<input type="checkbox"/> 不明 (推定 _____ 歳)	

ペット保険※	<input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> している	マイクロチップ	<input type="checkbox"/> 装着していない <input type="checkbox"/> している
同居動物	<input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> いる (動物種、頭数など _____)		
生活環境	<input type="checkbox"/> 室内 <input type="checkbox"/> 屋外 <input type="checkbox"/> 両方 <input type="checkbox"/> その他 (_____)		
食事内容	<input type="checkbox"/> ドライフード <input type="checkbox"/> 缶詰 <input type="checkbox"/> 半生 <input type="checkbox"/> 手作り食 <input type="checkbox"/> その他 (_____)		
入手経路	<input type="checkbox"/> ペットショップ <input type="checkbox"/> ブリーダー <input type="checkbox"/> もらった <input type="checkbox"/> 拾った <input type="checkbox"/> 家で生まれた		

◆予防について

ワクチン接種※	
<input type="checkbox"/> していない	
<input type="checkbox"/> 狂犬病	(_____ 年 _____ 月 _____ 日)
<input type="checkbox"/> 混合ワクチン	(_____ 年 _____ 月 _____ 日)
	(_____ 種)

ノミ・ダニ予防※	
<input type="checkbox"/> していない	
<input type="checkbox"/> している	(最終投薬日: _____ 年 _____ 月 _____ 日)
フィラリア予防※	
<input type="checkbox"/> していない	
<input type="checkbox"/> している	(最終投薬日: _____ 年 _____ 月 _____ 日)

◆病歴について

過去に治療を受けた病気はありますか? ※	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (_____)
現在治療中の病気や投薬中のお薬はありますか? ※	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (_____)
今までお薬や注射で具合が悪くなったことがありますか? ※	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (_____)

今回のご来院理由※	<input type="checkbox"/> 体調が悪い <input type="checkbox"/> ワクチン予防 <input type="checkbox"/> フィラリア予防 <input type="checkbox"/> 健康診断 <input type="checkbox"/> 相談 <input type="checkbox"/> その他 (_____)
症状について具体的に ご記入ください	

ご協力ありがとうございました

