

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"/> ご紹介（知人： _____ ） ・ 他院 <input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> 広告を見て（ _____ ） <input type="checkbox"/> 病院を直接見て <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）				

●動物さん情報

種 類	<input type="checkbox"/> 犬 <input type="checkbox"/> 猫 <input type="checkbox"/> ウサギ <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）
お名前		品 種		毛 色	
生年月日	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（ _____ ）

●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	(例：下痢気味・嘔吐をする)			
い つ	(例：昨日の晩から)	環 境 の 変 化	(例：3日前からエサを変えた)	
その他	(例：以前にも同じ症状が出た)			
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（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（ _____ ）

狂犬病予防接種はしていますか

は い
 いいえ

お散歩はしていますか

出 る（1日 _____ 分くらい）
 出 ない

混合ワクチン接種はしていますか

は い（ _____ 種混合）
 いいえ

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（ _____ ）

フィラリア予防はしていますか

は い（錠剤・チュアブル・スポット）
 いいえ

動物の健康保険は加入されていますか

は い（会社名： _____ ）
 いいえ

ノミ・マダニ予防は定期的にしてしていますか

は い（病院用・市販用）（最後に投与した時期 _____ 月）
 いいえ

一緒に生活してる動物はいますか

は い（犬 _____ 匹、猫 _____ 匹、その他 _____ ）
 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

ご協力ありがとうございました