

問診票



<飼い主様情報>

| | |
|---|-------------------|
| フリガナ | フリガナ |
| 氏名 | 住所 〒 |
| 電話番号 | 緊急連絡先(携帯、勤務先etc.) |
| | e-mail |
| 当院をどちらでお知りになりましたか? a. 通りがかり b. 電話帳 c. インターネット d. 立て看板 e. ご紹介 ()様 | |

<かわいい患者さんに代わってお答え下さい>

| | |
|-----------------------------|--|
| 【お名前】 | 【品種】 【毛色】 |
| 【お誕生日】 年 月 日 | 【性別】 <input type="checkbox"/> オス <input type="checkbox"/> メス <input type="checkbox"/> 去勢オス <input type="checkbox"/> 避妊メス |

| | |
|------|--|
| 入手方法 | <input type="checkbox"/> 買った <input type="checkbox"/> もらった <input type="checkbox"/> 拾った <input type="checkbox"/> 自宅で生まれた |
|------|--|

| | |
|--------------|--|
| 他に同居動物はいますか? | <input type="checkbox"/> はい→種類と頭数 () <input type="checkbox"/> いいえ |
|--------------|--|

| | |
|------------------|--|
| いつもどちらで生活していますか? | <input type="checkbox"/> 室内 <input type="checkbox"/> 屋外 <input type="checkbox"/> 屋内外自由 |
|------------------|--|

| | |
|---------------|---|
| いつも何を食べていますか? | <input type="checkbox"/> 市販 (缶詰・ドライ・その他) → 商品名 () <input type="checkbox"/> 自家製ごはん <input type="checkbox"/> その他 |
|---------------|---|

| | |
|-----------------|--|
| ワクチンは接種してありますか? | <input type="checkbox"/> はい → 種類は? <input type="checkbox"/> 混合ワクチン <input type="checkbox"/> 狂犬病ワクチン → いつ頃? () <input type="checkbox"/> いいえ |
|-----------------|--|

| | |
|------------------|--|
| フィラリアの予防はしていますか? | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
|------------------|--|

| | |
|----------|--|
| 本日まで来院目的 | <input type="checkbox"/> 健康診断 <input type="checkbox"/> 具合が悪いから <input type="checkbox"/> ホテル <input type="checkbox"/> その他 |
|----------|--|

| | |
|------|--|
| 【症状】 | |
|------|--|

| | |
|-----------------------|---|
| 今までに病気の治療をしたことはありますか? | <input type="checkbox"/> はい → いつ頃、どんな? () <input type="checkbox"/> いいえ |
|-----------------------|---|

| | |
|--------------------------------------|---|
| 今まで避妊・去勢手術 <u>以外</u> の手術をしたことがありますか? | <input type="checkbox"/> はい → いつ頃、どんな? () <input type="checkbox"/> いいえ |
|--------------------------------------|---|

| | |
|-----------------|--|
| ペット保険に加入していますか? | <input type="checkbox"/> はい → 保険会社名 () 保険証があれば、受付にご提出ください <input type="checkbox"/> いいえ |
|-----------------|--|

| | |
|-------------------------|--|
| 【他に何か相談したいことがあればご記入下さい】 | |
|-------------------------|--|