

** 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、勤務先など) |
| | 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 <input type="checkbox"/> 不明 | |

| | |
|------|--|
| 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"/> ケージ内のみ <input type="checkbox"/> 室内放し飼い <input type="checkbox"/> 屋外 <ケージの場合、できれば具体的に絵を書いて下さい。> |
|------------------|---|

| | |
|---------------|---|
| いつも何を食べていますか？ | <input type="checkbox"/> 市販 → 商品名 () <input type="checkbox"/> その他 () |
|---------------|---|

| | |
|-----------------------|---|
| 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 |
|--------------------------------------|---|

| | |
|----------|--|
| 本日のご来院目的 | <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〕 | |

| | |
|-----------------|--|
| ペット保険に加入していますか？ | <input type="checkbox"/> はい → 保険会社名 () <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〕 |
|-------------------------|

以下はフェレットの方のみお答え下さい

| | |
|-----------------------|---|
| ジステンパーワクチンは接種してありますか？ | <input type="checkbox"/> はい → いつ頃？ () <input type="checkbox"/> いいえ |
|-----------------------|---|

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