

# 問 診 表

No. \_\_\_\_\_

年 月 日

## ●飼主様情報

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）	性 格	<input type="checkbox"/> おとなしい <input type="checkbox"/> 人なつっこい <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（ \_\_\_\_\_）

ワクチン接種はしていますか

は い（狂犬病・ \_\_\_\_\_ 種混合・パルボ）  
 いいえ

お散歩はしていますか

出 る（1日 \_\_\_\_\_ 分くらい）  
 出 ない

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

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（ \_\_\_\_\_）

ノミ予防はしていますか

は い  
 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

いままでに大きな病気や事故はありますか

は い  
[ \_\_\_\_\_ ]

いいえ