

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

# 問 診 表

## ● 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 ）	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日前からフードを変えた)
そ の 他	(例：以前にも同じ症状が出た)		
診察の方針	<input type="checkbox"/> 今回の症状以外も悪いところがあれば全て診てほしい <input type="checkbox"/> 今回の症状だけ診てほしい		
治療・検査 について	<input type="checkbox"/> 検査をしたうえで、治療法を選択したい <input type="checkbox"/> 対症療法のみ希望する <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（ \_\_\_\_\_ ）

### お散歩はしていますか

- 出 る（1日 \_\_\_\_\_ 分くらい）  
 出 ない

### 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

### 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

### ワクチン接種はしていますか

- は い ( 狂犬病 ・ \_\_\_\_\_ 種混合 )  
 いいえ   
↳ 前回 年 月   
↳ 前回 年 月

### フィラリア予防はしていますか

- は い ( 錠剤 ・ おやつタイプ ・ スポット )  
 いいえ   
↳ 予防期間 月～ 月

### ノミ・ダニ予防はしていますか

- は い ( 錠剤 ・ おやつタイプ ・ スポット )  
 いいえ   
↳ 予防期間 月～ 月

### いままでに大きな病気や事故はありますか

- は い  
 いいえ