

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"/> 病院を直接見て <input type="checkbox"/> 広告を見て（ 駅 ・ google ・ その他（ _____ ） ） <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	西暦 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

- 診察希望 健康診断 ワクチン接種 フィラリア予防 健康相談

● 診察希望お答えの方

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
 いいえ

マイクロチップの登録はされていますか

※証明書お持ちの方は提出して下さい

- は い いいえ わからない

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・マ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

いまままでに大きな病気や事故はありますか

- は い
 いいえ

[_____]

- いいえ