

問診票

NO. _____

【飼い主様情報】

年 月 日

フリガナ		ご住所	〒 -		
お名前		携帯		ご職業	
電話		当院をどのようにしてお知りになりましたか？		<input type="checkbox"/> ご紹介(知人) <input type="checkbox"/> 病院を見て <input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> 電話帳 <input type="checkbox"/> その他()	
当院からのダイレクトメールをお送りして大丈夫でしょうか？		<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> ハガキ <input type="checkbox"/> 電子メール			

【動物情報】

お名前		動物種	<input type="checkbox"/> 犬 <input type="checkbox"/> ウサギ	<input type="checkbox"/> 猫 <input type="checkbox"/> その他	品種	
毛色		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	生年月日	年 月 日
マイクロチップ ID番号						
食事内容	<input type="checkbox"/> ドライフード <input type="checkbox"/> 缶詰 <input type="checkbox"/> 半生 <input type="checkbox"/> 手作り食 <input type="checkbox"/> 療法食(メーカー 種類)					
同居動物	<input type="checkbox"/> 犬 匹 <input type="checkbox"/> 猫 匹	<input type="checkbox"/> ウサギ 羽 <input type="checkbox"/> その他()	生活環境	<input type="checkbox"/> 室内 <input type="checkbox"/> 屋外	<input type="checkbox"/> 両方 <input type="checkbox"/> その他()	

【予防・既往歴】

ワクチン接種をしていますか？	<input type="checkbox"/> ____種混合ワクチン 最終接種日 年 月 日 <input type="checkbox"/> 狂犬病ワクチン 最終接種日 年 月 日 <input type="checkbox"/> いいえ					
ノミ・ダニ予防はしていますか？	<input type="checkbox"/> はい 最終投与日 年 月 日 <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 最終投与日 年 月 日 <input type="checkbox"/> いいえ					
ウイルス検査はしていますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 【 <input type="checkbox"/> 猫エイズ <input type="checkbox"/> 猫白血病ウイルス】 <input type="checkbox"/> いいえ					

今までに大きな病気や事故をしたことはありますか？

はい 病名・症状

いいえ

【来院目的】

体調が悪い ワクチン予防 フィラリア予防 健康診断 その他
 セカンドオピニオン(主治医・病院名)

体調が悪いとお答えの飼い主様への質問

症状

今治療中の病気や投薬中のお薬はありますか？

はい 病名・症状

お薬の種類

いいえ