

## 問 診 表

## ☆飼い主様情報☆

フリガナ			住所	〒 -	
お名前					
電話		携帯		勤務先	
当院をお選び いただいた理由	<input type="checkbox"/> ご紹介（知人： _____ 様） <input type="checkbox"/> ホームページを見て <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"/> フェレット <input type="checkbox"/> ハムスター			性別	<input type="checkbox"/> オス（去勢：未・済） <input type="checkbox"/> メス（避妊：未・済）
お名前	_____ちゃん	品種	_____	毛色	_____
生年月日	_____年 _____月 _____日	性格	<input type="checkbox"/> おとなしい <input type="checkbox"/> 人なつっこい <input type="checkbox"/> 怖がり <input type="checkbox"/> 怒りっぽい <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）		
病歴	_____				

## ☆ご来院目的☆

具合が悪い 健康診断 ワクチン接種 狂犬病接種 フィラリア、ノミ・ダニ予防 セカンドオピニオン



## ☆具合が悪いとお答えのかた

症状	(例：下痢が続いている・吐く)		
いつ	(例：昨日の夜から)	環境の 変化	(例：1週間前にフードを変えた)
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

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？

行く（1日 \_\_\_\_\_ 分くらい）  
行かない

いつも食べているものはなんですか？

ドライフード（1日の量 \_\_\_\_\_）  
缶詰（1日の量 \_\_\_\_\_）  
その他（ \_\_\_\_\_）

健康保険には加入されていますか？

はい（会社名： \_\_\_\_\_）  
いいえ

ワクチン接種はされていますか？

はい（狂犬病 \_\_\_\_\_ 種混合）  
いいえ

フィラリア予防はされていますか？

はい（錠剤・チュアブル・スポット）  
いいえ

ノミ予防はされていますか？

はい  
いいえ

その他ご希望がございましたらご記入ください。

_____
-------