

問 診 票

☆飼い主様情報

おわかりになる範囲で結構です

お名前	フリガナ	ご住所	〒
電話番号	自宅	ご家族	人(内12歳以下 人)
	携帯	ご職業	

☆動物さん情報

お名前	ちゃん	種類	<input type="checkbox"/> 犬 <input type="checkbox"/> 猫 <input type="checkbox"/> ウサギ <input type="checkbox"/> ハムスター <input type="checkbox"/> フェレット
品種		性別	<input type="checkbox"/> オス 去勢 → <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> メス 避妊 → <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未 女の子のみ 最後の発情は？ (年 月頃)
お誕生日	年 月 日		
お家に来た日	年 月 日		
マイクロチップ	<input type="checkbox"/> 有り (No.) <input type="checkbox"/> 無し	性格	<input type="checkbox"/> おとなしい <input type="checkbox"/> 怖がり <input type="checkbox"/> 噛むことあり <input type="checkbox"/> その他 ()
同居の動物	動物種と頭数をお書きください	入手方法	<input type="checkbox"/> 購入 (ショップ名など) <input type="checkbox"/> 貰った <input type="checkbox"/> 拾った <input type="checkbox"/> 自宅で生まれた
いつも暮らしている場所		いつも食べているフード	
<input type="checkbox"/> 室内 <input type="checkbox"/> 屋外 <input type="checkbox"/> 両方		<input type="checkbox"/> ドライフード → 品名() <input type="checkbox"/> 缶詰・パウチ → 品名() <input type="checkbox"/> 手作り <input type="checkbox"/> その他()	
☆本日来院された理由は？		☆ワクチン接種はされていますか？	
<input type="checkbox"/> 具合が悪い いつから？ () どのように？ () <input type="checkbox"/> ワクチン接種 <input type="checkbox"/> 健康診断 <input type="checkbox"/> その他 ()		●混合ワクチン <input type="checkbox"/> はい (最後の接種日は？ 年 月 日) <input type="checkbox"/> 時々している <input type="checkbox"/> いいえ ●狂犬病ワクチン <input type="checkbox"/> はい (最後の接種日は？ 年 月 日) <input type="checkbox"/> 時々している <input type="checkbox"/> いいえ	
☆今まで病気や怪我をした事がありますか？		☆フィラリア予防はされていますか？	
<input type="checkbox"/> はい いつ頃、どんな病気やケガをしましたか？ () <input type="checkbox"/> いいえ		<input type="checkbox"/> はい (錠剤・おやつタイプ・滴下タイプ・注射) <input type="checkbox"/> いいえ	
☆今まで注射やお薬で副作用が出た事がありますか？		☆ノミ・ダニ予防はされていますか？	
<input type="checkbox"/> はい いつ頃どんなお薬でどのような副作用が出ましたか？ () <input type="checkbox"/> いいえ		<input type="checkbox"/> はい (動物病院のお薬 ・ 市販のお薬) <input type="checkbox"/> いいえ	
☆ペット保険に入られていますか？		☆当院をどのようにお知りになりましたか？	
<input type="checkbox"/> はい (会社名) <input type="checkbox"/> いいえ		<input type="checkbox"/> ご紹介(様) <input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> 病院を直接見て <input type="checkbox"/> インターネットのサイト()	

ご協力ありがとうございました

年 月 日 No. _____