

+ 問診表 +

NO. _____

+ 飼い主様情報

年 月 日

フリガナ	TEL	緊急の連絡先
お名前		
フリガナ		ご職業
ご住所 〒		
当院をどこで 知りましたか	<input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> ご紹介・知人 () <input type="checkbox"/> 病院を直接見て <input type="checkbox"/> その他	お知らせ ハガキは <input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要

+ 動物さん情報

フリガナ	動物	<input type="checkbox"/> 犬 <input type="checkbox"/> 猫 <input type="checkbox"/> ウサギ その他 ()	性別	<input type="checkbox"/> オス <input type="checkbox"/> 去勢オス 避妊・去勢された年月日 <input type="checkbox"/> メス <input type="checkbox"/> 避妊メス (年 月頃)
お名前	毛色		保険	<input type="checkbox"/> 未加入 <input type="checkbox"/> 加入 ()
品 種	マイクロ チップ	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし (番号)	性格	<input type="checkbox"/> おとなしい <input type="checkbox"/> 人なつっこい <input type="checkbox"/> 恐がり <input type="checkbox"/> 怒りっぽい <input type="checkbox"/> その他 ()
誕生日 (年 月 日 歳)	狂犬病ワクチン	最終接種日 年 月頃	混合ワクチン	種 最終接種日 年 月頃
	フィラリア	最終投与日 年 月頃 お薬名	ノミ・マダニ	最終投与日 年 月頃 お薬名

+ 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 健康の相談

+ 具合が悪いとお答えの方

症 状	<input type="checkbox"/> 食べない <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> かゆい <input type="checkbox"/> 歩き方がおかしい その他 ()
いつ頃 から	行った処置や 検査があれば

+ その他 (分からないものは無記入でお願いします)

- 現在治療中の病気やケガはありますか？過去に大きな病気や事故はありますか？

いいえ はい (現在) (過去)

- 現在飲んでいるお薬はありますか？過去に薬や注射で具合が悪くなったことはありますか？

いいえ はい (現在) (過去)

- 生活している場所はどこですか？

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

- 一緒に生活している動物はいますか？

いいえ はい ()

- 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 ()

