

# 問診票

## ●飼い主様

フリガナ	フリガナ	
氏名	ご住所〒	
電話番号	緊急連絡先	ご職業
E-mail		

## ●ペットについて

お名前	品種	毛色
生年月日	性別 <input type="checkbox"/> 去勢♂ <input type="checkbox"/> 避妊♀ <input type="checkbox"/> 男の子 <input type="checkbox"/> 女の子 <input type="checkbox"/> 不明	
◎ペット保険に加入していますか？	<input type="checkbox"/> はい ⇒ 保険会社（ ） <input type="checkbox"/> いいえ	
◎マイクロチップは入っていますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
◎同居している動物は他にいますか？	<input type="checkbox"/> はい ⇒ 種類（ ） <input type="checkbox"/> いいえ	
◎どんな生活環境ですか？	<input type="checkbox"/> 主に屋内 <input type="checkbox"/> 主に屋外	
◎いつも何を食べていますか？	<input type="checkbox"/> 市販(ドライ・缶詰・その他) ⇒ 商品名( ) <input type="checkbox"/> 病院食(治療食) ⇒ 商品名( ) <input type="checkbox"/> 手作りごはん( ) <input type="checkbox"/> その他( )	
◎ワクチン接種はしていますか？	●混合ワクチン( 種) <input type="checkbox"/> はい ⇒ いつ頃？(西暦 年 月頃) <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 不明 ●狂犬病 <input type="checkbox"/> はい ⇒ いつ頃？(西暦 年 月頃) <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 不明	
◎フィラリアの予防はしていますか？	<input type="checkbox"/> はい ⇒ 最終投薬期間(西暦 年 月 ~ 月) <input type="checkbox"/> いいえ	
◎ノミ・ダニの予防はしていますか？	<input type="checkbox"/> はい ⇒ 最終投薬期間(西暦 年 月 ~ 月) <input type="checkbox"/> いいえ	
◎本日のご来院理由は？	<input type="checkbox"/> 健康診断 <input type="checkbox"/> 混合ワクチン <input type="checkbox"/> 狂犬病ワクチン <input type="checkbox"/> 具合が悪い <input type="checkbox"/> その他	
◎ご相談内容、症状などなるべく具体的にご記入ください。		
◎今までに病気の治療をしましたか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ⇒ いつ頃、どんな？( )	
◎注射、内服薬で副反応を起こした事は？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ⇒ 薬剤名( ) 症状( )	
◎何かご希望があればご記入ください		
◎当院をどのような方法でお知りになりましたか？ <input type="checkbox"/> 広告 <input type="checkbox"/> 看板 <input type="checkbox"/> インターネット <input type="checkbox"/> 知人の紹介( 様) <input type="checkbox"/> その他( )		