

初診問診票

受付 No. _____

受付日 _____ / _____ / _____

フリガナ 飼い主様のお名前		様	フリガナ ご職業			
フリガナ ご住所		〒 _____ _____ _____ _____ マンション・ビル名までお願い致します				
電話番号	ご自宅	_____	_____	携帯電話	_____	_____

フリガナ ペットのお名前		ちゃん	フリガナ 毛色	
動物		<input type="checkbox"/> 犬 <input type="checkbox"/> 猫 <input type="checkbox"/> うさぎ <input type="checkbox"/> ハムスター <input type="checkbox"/> フェレット	フリガナ 品種	
生年月日	西暦	年 月 日 (歳) 不明	性別	<input type="checkbox"/> オス <input type="checkbox"/> メス(<input type="checkbox"/> 去勢または避妊済み) <input type="checkbox"/> 不明
飼育場所	<input type="checkbox"/> 屋内 <input type="checkbox"/> 屋外 <input type="checkbox"/> 屋内外	同居動物	<input type="checkbox"/> いる (種類、頭数 _____) <input type="checkbox"/> いない	
食事内容	<input type="checkbox"/> 市販 <input type="checkbox"/> 病院食 <input type="checkbox"/> 手作り <input type="checkbox"/> その他 (商品名: _____)	<input type="checkbox"/> ドライ <input type="checkbox"/> ウェット		
性格	<input type="checkbox"/> おとなしい <input type="checkbox"/> 人懐こい <input type="checkbox"/> 恐がり <input type="checkbox"/> 気性が荒い <input type="checkbox"/> 噛む <input type="checkbox"/> その他 (_____) <u>複数選択可</u>			
ペット保険	<input type="checkbox"/> 未加入 <input type="checkbox"/> アニコム <input type="checkbox"/> アイペット <input type="checkbox"/> その他 (_____)			
治療中の病気はありますか <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (病名 _____)				
アレルギー症状や薬の副作用が出たことはありますか <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (_____)				
避妊去勢以外の手術をしたことはありますか <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (病名、いつ頃 _____)				

○予防について

狂犬病	<input type="checkbox"/> 最終接種日	年	月	日	<input type="checkbox"/> 未接種	<input type="checkbox"/> 不明
混合ワクチン	<input type="checkbox"/> 最終接種日	年	月	日	<input type="checkbox"/> 未接種	<input type="checkbox"/> 不明
フィラリア予防	<input type="checkbox"/> 最終投薬日	年	月	日	<input type="checkbox"/> 未投与	<input type="checkbox"/> 不明
ノミダニ予防	<input type="checkbox"/> 最終投薬日	年	月	日	<input type="checkbox"/> 未投与	<input type="checkbox"/> 不明

○当院をどのようにお知りになりましたか

通りがかり 看板 インターネット クチコミ ご紹介 (_____ 様 _____ ちゃん)

○ご心配、ご要望がありましたらご記入ください (治療方針、費用、通院についてなど)

