

問診表

○飼い主様情報

ふりがな	〒	-
ご氏名	ご住所	
電話番号	携帯電話	Email
当院を知った理由：インターネット・ご紹介・その他（ _____ ）		

○ペットの情報

お名前	犬・猫・その他	品種（ _____ ）	毛色（ _____ ）
生年月日	西暦	年	月
性別	<input type="checkbox"/> 男の子（未去勢・去勢済） <input type="checkbox"/> 女の子（未避妊・避妊済）		日生まれ（ _____ 歳）
マイクロチップNo： _____			

○本日のご来院目的

<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・フィラリア検査・健康チェック・ダイエット相談 <input type="checkbox"/> 避妊・去勢の相談 <input type="checkbox"/> 上記以外（具体的に： _____ ）

○生活環境と既往歴

生活環境	<input type="checkbox"/> 完全室内 <input type="checkbox"/> 時々外に出る（散歩を含む） <input type="checkbox"/> 外で生活
同居動物	<input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> いる（種類： _____ ）
ごはん	<input type="checkbox"/> 市販食・療法食（商品名： _____ ） <input type="checkbox"/> 手作り（ _____ ）
ワクチン接種歴	<input type="checkbox"/> 狂犬病ワクチン（最終接種： _____ 年 _____ 月 _____ 日） <input type="checkbox"/> 犬5種・6種 <input type="checkbox"/> 犬8種・9種（最終接種： _____ 年 _____ 月 _____ 日） <input type="checkbox"/> 猫3種（最終接種： _____ 年 _____ 月 _____ 日）
フィラリア予防	<input type="checkbox"/> している（商品名： _____ ） <input type="checkbox"/> していない
ノミ・ダニ予防	<input type="checkbox"/> している（商品名： _____ ） <input type="checkbox"/> していない
猫ウィルス検査	<input type="checkbox"/> FeLV 陽性 <input type="checkbox"/> FIV 陽性 <input type="checkbox"/> どちらも陰性 <input type="checkbox"/> わからない
今までに病気・ケガをしましたか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい（具体的に： _____ ）
手術歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ _____ ）
注射やお薬で具合が悪くなったことはありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい（薬剤名： _____ ）

☆保険 加入している（保険名： _____ ） 加入していない

☆その他特記事項ございましたらお書きください。