

# AWC 初回問診票(ネット予約)

## ☆飼い主様

|             |             |
|-------------|-------------|
| ふりがな<br>ご氏名 | ふりがな<br>ご住所 |
| お電話         | 携 帯         |
| E-mail      | 同居の子のカルテ番号  |

## ☆ペットさん

|      |   |
|------|---|
| お名前  | 犬・猫・その他 品種 ( )  |
| 生年月日 | 西暦 年 月 日 生まれ ( 歳)   |
| 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) |

## ◎本日のご来院目的◎

|   |
|---|
| <input type="checkbox"/> 具合が悪い<br>いつから：<br>どのように：<br><input type="checkbox"/> ワクチン・フィラリア検査・健康チェック・ダイエットの相談<br><input type="checkbox"/> 避妊・去勢の相談<br><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 (散歩も含める)    | <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・病院食 (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) |   |  |
|                         | <input type="checkbox"/> 犬5種・6種              | <input type="checkbox"/> 犬8種・9種 (最終接種： 年 月) |  |
|                         | <input type="checkbox"/> 猫3種 (最終接種： 年 月)     |   |  |
| フィラリア予防                 | <input type="checkbox"/> している (お薬のタイプ： )     | <input type="checkbox"/> していない              |  |
| ノミ・ダニ予防                 | <input type="checkbox"/> している (お薬のタイプ： )     | <input type="checkbox"/> していない              |  |
| 猫ウイルス検査                 | <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： )        |  |
| 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 (お薬名： )         |  |

☆保険 加入している (保険名： ) 加入していない

☆その他特記事項等ございましたらお書きください。

ご記入ありがとうございました。