

問診表

●飼い主様について

(フリガナ) お名前：	
ご住所： 〒	
電話番号：	携帯番号：

●ペットについて

お名前：	動物種： <input type="checkbox"/> 犬 <input type="checkbox"/> 猫	性別： <input type="checkbox"/> オス <input type="checkbox"/> メス
品種：	毛色：	
生年月日： 西暦20 年 月 日 <input type="checkbox"/> 不明 (才 ヶ月)	避妊・去勢： <input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> 不明 手術日： 西暦20 年 月 日	

●普段の生活について

入手方法： <input type="checkbox"/> ペットショップ <input type="checkbox"/> もらった <input type="checkbox"/> 自宅で生まれた <input type="checkbox"/> 拾った <input type="checkbox"/> その他
同居動物： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> いる *具体的に 犬()頭、猫()頭、その他()
飼育場所： <input type="checkbox"/> 室内飼い <input type="checkbox"/> 屋外飼い <input type="checkbox"/> 屋外と室内両方
お散歩： <input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> していない
お食事： 回数 1日()回 <input type="checkbox"/> ドライフード <input type="checkbox"/> ウェットフード <input type="checkbox"/> 手作り <input type="checkbox"/> おやつ (具体的に) <input type="checkbox"/> その他 トッピングやおやつで与えているものがあれば ()
性格： <input type="checkbox"/> おとなしい <input type="checkbox"/> 人懐っこい <input type="checkbox"/> 臆病 <input type="checkbox"/> 怒る <input type="checkbox"/> その他()
ペット保険： <input type="checkbox"/> アニコム損保 <input type="checkbox"/> アイペット <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 無
マイクロチップ： <input type="checkbox"/> 有(番号) <input type="checkbox"/> 無

●予防状況について

混合ワクチン： <input type="checkbox"/> 接種済み()種ワクチン <input type="checkbox"/> 未接種 (前回接種 年 月 日) *予防接種の証明書があればご提示ください。
狂犬病ワクチン： <input type="checkbox"/> 接種済み <input type="checkbox"/> 未接種 (前回接種 年 月 日)
フィラリア予防： <input type="checkbox"/> 予防している(年 月から 月まで) <input type="checkbox"/> 予防していない
ノミダニ予防： <input type="checkbox"/> 予防している(年 月から 月まで) <input type="checkbox"/> 予防していない

●来院されたきっかけ ※差し支えない範囲でご記入ください

インターネット(ホームページ・その他) 情報誌 チラシ 内覧会
通りがかり 紹介(知人・病院) その他()

●今日はどうされましたか

混合ワクチン 狂犬病ワクチン フィラリア予防 健康チェック→受付にご提出ください。
具合が悪い→2枚目もご記入ください。

ご記入ありがとうございました。

アニコム損保の保険証をお持ちの方は、この問診票と一緒に受付へご提出ください。

個人情報について：当院では、個人情報保護法に基づき、ここに記載された個人情報を適切に管理し、医療目的にのみ利用するとともに、事前の同意なしに、目的外の利用や第三者への情報提供は致しません。なお、利用目的の範囲内で、当院からご家族へ文書などをお送りすることを予めご了承下さい。

●今回の症状について

どんな症状がありますか。 できるだけ具体的に 教えてください。	
その症状はいつ頃から始まり ましたか。	
思い当たる原因がありま すか。	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある（具体的 ）
今回のことで他の病院にか かりましたか。	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい

●過去の病歴について

過去、治療を受けた病気	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある（病名 ）
手術したことがありますか。	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある（具体的に ）
お薬や注射での副反応がで たことはありますか。	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある（具体的に ）
アレルギーはありますか。	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある（具体的に ）
現在、治療中の病気や投薬 中のお薬があれば、ご記入 ください。	

ご記入ありがとうございました。