

問診票

●飼い主様について

ご住所	〒		
ふりがな お名前	電話番号	()	
	携帯電話	()	
ご職業	お仕事先等の 電話番号	()	

●患者様について（ご記入、□の中にチェック【√】をお願いします。）

動物種		品種	(毛色：)
お名前		生年月日	西暦 年 月 日
性別	<input type="checkbox"/> オス <input type="checkbox"/> メス <input type="checkbox"/> 手術済(西暦 年 月)	飼い始めた 年月日	西暦 年 月 日
飼育環境	<input type="checkbox"/> 屋内 <input type="checkbox"/> 屋外 <input type="checkbox"/> 両方 <input type="checkbox"/> その他 ()	入手方法	<input type="checkbox"/> 購入した <input type="checkbox"/> 譲り受けた <input type="checkbox"/> その他 ()
ワクチン 接種	<input type="checkbox"/> 狂犬病予防ワクチンを、西暦 年 月 日に接種 <input type="checkbox"/> 犬 () 種混合ワクチンを、西暦 年 月 日に接種 <input type="checkbox"/> 猫 () 種混合ワクチンを、西暦 年 月 日に接種		
フィラリア 予防	フィラリア予防はしていますか？ <input type="checkbox"/> はい (<input type="checkbox"/> 飲み薬 <input type="checkbox"/> つけ薬 <input type="checkbox"/> 注射： 年 月に注射) <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> ドライ <input type="checkbox"/> 半生 <input type="checkbox"/> 缶詰 <input type="checkbox"/> 手作り <input type="checkbox"/> その他 ()		
主食	メーカー・商品名 (わかる範囲で) _____		
薬	現在服用しているお薬はありますか？ <input type="checkbox"/> はい () <input type="checkbox"/> いいえ		
体質	薬やワクチンに対してアレルギーを起こしたことはありますか？ <input type="checkbox"/> はい () <input type="checkbox"/> いいえ		

今回の、 来院理由	<input type="checkbox"/> 具合が悪い <input type="checkbox"/> ワクチン <input type="checkbox"/> フィラリア予防 <input type="checkbox"/> 健康チェック ↓具体的にご記入ください (例 いつから・どこが・どのように)
--------------	--

ありがとうございました

※こちらにご記入いただいた情報は診療および当院からのお知らせの送付以外には使用いたしません

みどり湖動物病院 院長 高橋康樹