



初診問診票【わんちゃん】

◎飼主様

フリガナ	フリガナ
氏名	住所 
	電話番号 :
	職業 :

◎わんちゃんについて

お名前	品種:	毛色:
生年月日	性別	<input type="checkbox"/> 男の子 <input type="checkbox"/> 女の子
西暦 年 月 日 生まれ		<input type="checkbox"/> 去勢♂ <input type="checkbox"/> 避妊♀ <input type="checkbox"/> 不明
飼育開始 年 月 日		
◎マイクロチップは入ってますか?	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
◎同居している動物は他にいますか?	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 種類 ()	
◎どんな生活環境ですか?	<input type="checkbox"/> 主に屋内 <input type="checkbox"/> 主に屋外 <input type="checkbox"/> 内外半々	
◎いつも何を食べていますか?	<input type="checkbox"/> 市販(ドライ・缶詰・その他) <input type="checkbox"/> 病院食(処方食) <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 商品名
◎ワクチン接種はしていますか?	●混合ワクチン(種) <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 不明 いつ頃? (西暦 年 月頃)	
	●狂犬病 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 不明 いつ頃? (西暦 年 月頃)	
◎フィラリアの予防はしていますか?	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	最終投薬期間 (西暦 年 月 ~ 月)
◎ノミ・ダニの予防はしていますか?	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	最終投薬期間 (西暦 年 月 ~ 月)
◎本日のご来院理由は?	<input type="checkbox"/> 健康診断 <input type="checkbox"/> 混合ワクチン <input type="checkbox"/> 具合が悪い <input type="checkbox"/> 狂犬病ワクチン <input type="checkbox"/> その他	
◎ご相談、症状などなるべく具体的にご記入ください。		
◎今までに病気の治療をしましたか?	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いつ頃、どんな?	
◎注射、内服薬で副反応を起こした事は?	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 薬剤名 症状 ()	
◎ペット保険を利用しますか?	<input type="checkbox"/> しない <input type="checkbox"/> する	(明細書のみ発行になります。ご了承ください)
当院をどのような方法でお知りになりましたか?		
<input type="checkbox"/> 看板 <input type="checkbox"/> インターネット <input type="checkbox"/> 知人の紹介 ()		
<input type="checkbox"/> その他		