

No. _____

問 診 票

● 飼主様情報

年 月 日

フリガナ		フリガナ			
お名前		住所	〒		
電話		緊急連絡先		ご職業	

● 動物さん情報

言葉が話せない患者さんに代わってお答えください

お名前		動物種		性別	オス ・ メス (不妊手術 未 ・ 済)
生年月日	年 月 日	品種		毛色	
同居動物		性格	<input type="checkbox"/> 大人しい <input type="checkbox"/> 人懐っこい <input type="checkbox"/> 恐がり <input type="checkbox"/> 怒りっぽい <input type="checkbox"/> その他 ()		

● ご来院目的

- 具合が悪い 相談のみ 健康診断 ワクチン予防 フィラリア予防 ホテル



● 具合が悪い、相談のみとお答えの方

症状	(例：下痢、嘔吐をする)			
いつ	(例：昨日の晩から、以前にも同じ症状が出たことがある)	環境の変化	(例：いつもと違うフードを与えた)	
治療検査について	<input type="checkbox"/> すべて診てほしい <input type="checkbox"/> 今悪いところだけ診てほしい <input type="checkbox"/> 相談したい、セカンドオピニオン			

● その他 (わからないものは無記入でかまいません)

1. 当院をどこでお知りになりましたか？

- ホームページ 広告 () 紹介 ()
 病院看板を見て その他 ()

6. ワクチン接種はしていますか？

- はい (狂犬病 ・ _____ 種混合 ・ その他)
 いいえ

2. 生活場所はどこですか？

- 室内 室外
 両方 その他

7. フィラリア予防はしていますか？

- はい (錠剤 ・ チュアブル ・ 注射 ・ スポット)
 いいえ

3. いつも食べているものは何ですか？

- ドライ 缶詰め
 その他 ()

8. ノミ・ダニ予防はしていますか？

- ノミ ダニ
 いいえ

4. 動物健康保険に加入されていますか？

- はい (保険種類名 _____ 、番号 _____)
 いいえ

9. 今までに大きな病気や事故はありますか？

- はい → ()
 いいえ ()

5. マイクロチップは入っていますか？

- はい (番号 _____)
 いいえ

10. 今までに注射やお薬で異常がありましたか？

- はい → ()
 いいえ ()

※ ご記入頂きました個人情報については、当院での業務でのみ使用します。

警察等の行政・司法機関からの要請があった場合を除き、ご本人の同意がない限り第三者へは提供いたしません。