

問 診 票

西暦 20 年 月 日

No

飼い主様の情報

ふりがな			住 所	〒
飼い主名				
電話番号	自 宅			
	携 帯			
	緊急連絡先			

ペットちゃんの情報

ふりがな			生年月日	西暦 20 年 月 日	<input type="checkbox"/> 不明
ペット名					
性 別	<input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> おす <input type="checkbox"/> 去勢済 <input type="checkbox"/> めす <input type="checkbox"/> 避妊済			毛 色	
種 類	<input type="checkbox"/> 保護猫 <input type="checkbox"/> 飼猫 (品種) <input type="checkbox"/> 犬 (品種) <input type="checkbox"/> その他 (品種)				
保 険	<input type="checkbox"/> アニコム <input type="checkbox"/> アイペット※保険証をお持ちの方はご提示ください。 <input type="checkbox"/> その他の保険会社				
マイクロチップ	<input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 未登録 <input type="checkbox"/> 登録 (ID番号:)				
混合ワクチン	<input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> している 最後は:西暦 20 年 月 日頃 / 不明				
ノミ・ダニ予防	<input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> している 最後は:西暦 20 年 月 日頃 / 不明				
狂犬病予防注射 (犬のみ)	<input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> している 最後は:西暦 20 年 月 日頃 / 不明				
フィラリア予防 (犬のみ)	<input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> している 最後は:西暦 20 年 月 日頃 / 不明				
飼育開始・保護時期	西暦 20 年 月 日 (およそ 年前~)				
入手した方法	<input type="checkbox"/> ペットショップ <input type="checkbox"/> ブリーダー <input type="checkbox"/> 保護 <input type="checkbox"/> 譲り受けた <input type="checkbox"/> 自宅で産まれた				
飼育している場所	<input type="checkbox"/> 家の中 <input type="checkbox"/> 屋外 (家の周り・庭・倉庫) <input type="checkbox"/> 両方				
同居している動物	<input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> 犬 (頭) <input type="checkbox"/> 猫 (頭) <input type="checkbox"/> その他 (種類)				
いつも食べているもの	<input type="checkbox"/> ドライ <input type="checkbox"/> ウェット (缶・パウチ) <input type="checkbox"/> 手作り <input type="checkbox"/> 母乳・離乳食 <input type="checkbox"/> その他 (おやつ等)				
今まで病気や手術を経験したことはありますか?	<input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (病名)				
現在治療している病気はありますか?	<input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (病名)				
使用しているお薬はありますか?	<input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (お薬の名前)				
アレルギー症状やお薬の副反応が出たことはありますか?	<input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (症状)				

本日はどうされましたか

<input type="checkbox"/> 健康チェック (体重・体温・性別確認・月齢確認) <input type="checkbox"/> 避妊・去勢手術の相談	
<input type="checkbox"/> 予防診療	<input type="checkbox"/> 爪切り <input type="checkbox"/> 肛門のう <input type="checkbox"/> ノミ・ダニ予防 <input type="checkbox"/> 混合ワクチン <input type="checkbox"/> フィラリア予防 <input type="checkbox"/> 狂犬病
<input type="checkbox"/> 一般診療	いつからですか?
	どこが悪そう・痛そうですか?
	どんな症状ですか?
<input type="checkbox"/> セカンドオピニオン	(病名) (病院名)