

初診問診票【その他】

●飼主様

| | | |
|------------|--------|------|
| フリガナ | フリガナ | |
| 氏名 | ご住所 〒 | |
| 電話番号： | 緊急連絡先： | ご職業： |
| Emailアドレス： | | |

●動物さんについて

| | | |
|---------------------|---|-----|
| お名前 | 品種： | 毛色： |
| 生年月日 西暦 年 月 日生まれ | 性別 <input type="checkbox"/> 去勢♂ <input type="checkbox"/> 避妊♀ <input type="checkbox"/> 男の子 <input type="checkbox"/> 女の子 <input type="checkbox"/> 不明 | |
| ◎ペット保険に加入していますか？ | <input type="checkbox"/> はい ⇒ 保険会社（ ） <input type="checkbox"/> いいえ | |

| | |
|----------------|--|
| ◎いつも何を食べていますか？ | <input type="checkbox"/> 市販（ペレット・牧草・その他）⇒ 商品名（ ） <input type="checkbox"/> その他（具体的に）⇒（ ） |
|----------------|--|

| | |
|----------------|---|
| ◎ほかに同居動物はいますか？ | <input type="checkbox"/> はい ⇒ 種類（ ） <input type="checkbox"/> いいえ |
|----------------|---|

| | |
|------------|---|
| ◎いつもいる場所は？ | <input type="checkbox"/> ケージ内のみ <input type="checkbox"/> 室内放し飼い <input type="checkbox"/> 屋外ケージ <input type="checkbox"/> その他（ ） |
|------------|---|

| | |
|-------------|---|
| ◎本日のご来院理由は？ | <input type="checkbox"/> 健康診断 <input type="checkbox"/> ワクチン <input type="checkbox"/> 具合が悪い <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 ⇒ 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 ⇒ 薬剤名（ ） 症状（ ） |
|---------------------|---|

◎何かご希望があればご記入ください。

| | |
|-------------------------|---|
| ◎当院をどのような方法でお知りになりましたか？ | <input type="checkbox"/> 広告 <input type="checkbox"/> 看板 <input type="checkbox"/> インターネット <input type="checkbox"/> 知人の紹介（ ）様 <input type="checkbox"/> その他（ ） |
|-------------------------|---|

*ご記入ありがとうございます。

