

No. _____

_____年 月 日



初診問診票

○飼い主様について

フリガナ	〒	
氏名	住所	
電話番号	緊急連絡先	ご職業

○ペットについて(わかる範囲でお答えください)

お名前	動物種・品種	毛色
生年月日 西暦 年 月 日	飼い始めた日 西暦 年 月 日	入手方法 <input type="checkbox"/> 譲渡 <input type="checkbox"/> 購入
性別 <input type="checkbox"/> 男の子 <input type="checkbox"/> 女の子 <input type="checkbox"/> 去勢済男の子 <input type="checkbox"/> 避妊済女の子 <input type="checkbox"/> 不明	いつ去勢・避妊手術をされましたか？ 西暦 年 月 日	
ペット保険にご加入されていますか？	<input type="checkbox"/> はい⇒保険会社 () <input type="checkbox"/> いいえ	
マイクロチップは入っていますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
同居の動物はほかにいますか？	<input type="checkbox"/> はい⇒具体的に () <input type="checkbox"/> いいえ	
どんな生活環境ですか？	具体的に(ケージの場所、材質、大きさ、保温状況等)	
いつも何を食べていますか？	<input type="checkbox"/> 市販のフード⇒商品名() <input type="checkbox"/> 牧草⇒ <input type="checkbox"/> チモシー <input type="checkbox"/> アルファルファ <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> おやつ⇒商品名() <input type="checkbox"/> その他⇒()	
今までに病気をしたことはありますか？	<input type="checkbox"/> はい⇒いつ頃、どんな？ () <input type="checkbox"/> いいえ	
注射や内服などで具合が悪くなったことはありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある⇒薬剤名() 症状 ()	

○本日の来院理由は？

<input type="checkbox"/> 健康診断 <input type="checkbox"/> 具合が悪い <input type="checkbox"/> その他 症状、ご相談内容をなるべく具体的にご記入ください
当院をどのような方法でお知りになりましたか？ <input type="checkbox"/> インターネット <input type="checkbox"/> 通りすがり <input type="checkbox"/> 看板 <input type="checkbox"/> 知人の紹介()様 <input type="checkbox"/> その他()

○その他、不安なことやペットの性格など、ご自由にご記入ください

--

