

問 診 票

カルテNo. _____ 来院日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

フリガナ		電話	()
飼い主 氏名	様	緊急 連絡先	<input type="checkbox"/> ご自宅 <input type="checkbox"/> ご本人 <input type="checkbox"/> その他 () () <input type="checkbox"/> ご自宅 <input type="checkbox"/> ご本人 <input type="checkbox"/> その他 ()
		住所	〒 _____

フリガナ		種別	<input type="checkbox"/> 犬 <input type="checkbox"/> 猫 <input type="checkbox"/> その他 : 品種 : _____ / 毛色 : _____
ペット名	ちゃん	お誕生日	年 _____ 月 _____ 日 / 飼育開始日 _____ 年 _____ 月 _____ 日
性別	<input type="checkbox"/> 男子 <input type="checkbox"/> 女子	出産経験 (女の子のみ)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
去勢・避妊手術	<input type="checkbox"/> 済み → 手術日 _____ 年 _____ 月 _____ 日		<input type="checkbox"/> 未
・入手方法は? <input type="checkbox"/> ペットショップ <input type="checkbox"/> ブリーダー <input type="checkbox"/> もらった <input type="checkbox"/> 保護した <input type="checkbox"/> その他 :			
・マイクロチップ装着はされていますか? <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明			
・ペット保険は加入されていますか? <input type="checkbox"/> はい → 保険会社名 () <input type="checkbox"/> いいえ			

・本日のご来院は? <input type="checkbox"/> 具合が悪そうだから ↓いつ頃からどんな症状ですか? その他、気になることがあればご記入ください <input type="checkbox"/> 健康チェック・ご相談 <input type="checkbox"/> ワクチン接種 <input type="checkbox"/> 予防 (フィラリア・ノミダニ) <input type="checkbox"/> セカンドオピニオン
・ワクチン接種はしていますか? <input type="checkbox"/> はい ↓詳細をご記入ください <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 混合ワクチン 種類 : _____ 種 / 最終接種日 : _____ 年 _____ 月 _____ 日 <input type="checkbox"/> 狂犬病 (犬のみ) / 最終接種日 : _____ 年 _____ 月 _____ 日
・フィラリア予防はしていますか? <input type="checkbox"/> はい ↓詳細をご記入ください <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> おやつタイプ <input type="checkbox"/> スポットタイプ <input type="checkbox"/> 錠剤 <input type="checkbox"/> 注射をしている
・ノミ・ダニ予防はしていますか? <input type="checkbox"/> はい ↓詳細をご記入ください <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> おやつタイプ <input type="checkbox"/> スポットタイプ <input type="checkbox"/> 錠剤
・いつも生活している環境について <input type="checkbox"/> 室内のみ <input type="checkbox"/> 室内・散歩 <input type="checkbox"/> 室内・外出自由 <input type="checkbox"/> 室外 <input type="checkbox"/> その他 : _____
・同居動物はいますか? <input type="checkbox"/> はい → 同居動物の種類 : _____ <input type="checkbox"/> いいえ
・いつもの食べ物について <input type="checkbox"/> ドライフード / メーカー又は商品名 : _____ <input type="checkbox"/> 缶詰 / メーカー又は商品名 : _____ <input type="checkbox"/> 人の食べ物・おやつ・その他 → 具体的に : _____
・検査・治療に関する費用について説明を希望されますか? <input type="checkbox"/> はい → ()万円以上の場合、説明希望 <input type="checkbox"/> いいえ 基本的に説明不要
・今まで病気にかかった事や、注射後のショックなど、特異体質はありますか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 具体的に : _____
・交通事故や、その他大きなケガをした事がありますか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 具体的に : _____
・予防の時期や健康診断などのお知らせをお送りしてもよろしいですか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
・当院をどのような理由で選びましたか? <input type="checkbox"/> 近いので <input type="checkbox"/> 前を通過 <input type="checkbox"/> ホームページを見て <input type="checkbox"/> 動物病院情報サイト <input type="checkbox"/> ご紹介者(_____ 様) <input type="checkbox"/> その他 : _____