



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		<input type="checkbox"/> ご自宅 <input type="checkbox"/> ご本人 <input type="checkbox"/> その他 ()
		緊急 連絡先	- -
			<input type="checkbox"/> ご自宅 <input type="checkbox"/> ご本人 <input type="checkbox"/> その他 ()
住所	〒 -		

フリガナ		動物種 <input type="checkbox"/> うさぎ <input type="checkbox"/> ハムスター <input type="checkbox"/> 鳥		
ペット名	ちゃん		<input type="checkbox"/> その他 :	
お誕生日	年 月 日	/	飼育開始日	年 月 日
性別	<input type="checkbox"/> 男の子 <input type="checkbox"/> 女の子 <input type="checkbox"/> 不明			
品種	毛色			

・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？ その他にも気になることをご記入ください
<input type="checkbox"/> 爪切り <input type="checkbox"/> 健康チェック・ご相談
・入手方法は？ <input type="checkbox"/> ペットショップ <input type="checkbox"/> もらった <input type="checkbox"/> 保護した <input type="checkbox"/> その他 ()

・保険は加入されていますか？ <input type="checkbox"/> はい → 保険会社 () <input type="checkbox"/> いいえ
<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"/> 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

・いつも何を食べていますか？

・検査・治療に関する費用について説明をご希望されますか？
<input type="checkbox"/> はい ()万円以上の場合説明希望 <input type="checkbox"/> 基本的に説明不要

・今まで病気にかかった事や交通事故、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 :

・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 ()