

初診問診票

病院 ID: _____

飼い主様情報

フリガナ			
氏名			
住所	〒		
電話番号	【自宅】	【携帯電話】	
ワクチンやフィラリア検査のおはがきは希望されますか？	はい・いいえ		
当院を利用したことはありますか？	はい 動物種 ()	名前 () ちゃん・いいえ	
ぶし動物美容院を利用したことはありますか？	はい 動物種 ()	いいえ	

患者様情報 ①

※当てはまる所に、□の中をレ点でチェックしてください

お名前	ちゃん		生年月日	年 月 日 () 歳		
	(西暦)					
種類	<input type="checkbox"/> 犬 <input type="checkbox"/> 猫	ペット保険	<input type="checkbox"/> アニコム	<input type="checkbox"/> アイペット	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 未加入
品種		毛色		性別	<input type="checkbox"/> オス <input type="checkbox"/> 去勢 <input type="checkbox"/> メス <input type="checkbox"/> 避妊	

来院理由

<input type="checkbox"/> 予防接種	<input type="checkbox"/> 狂犬病 <input type="checkbox"/> フィラリア予防注射 <input type="checkbox"/> その他 () 混合ワクチン種類 <input type="checkbox"/> 犬5種 <input type="checkbox"/> 犬7種 <input type="checkbox"/> 猫3種 <input type="checkbox"/> 猫5種
<input type="checkbox"/> 日常ケア	<input type="checkbox"/> 爪切り <input type="checkbox"/> 耳掃除 <input type="checkbox"/> 肛門腺絞り <input type="checkbox"/> 健康診断 <input type="checkbox"/> フィラリア検査 <input type="checkbox"/> マイクロチップ
<input type="checkbox"/> 体調不良	※いつ頃から・症状など出来るだけ詳しくお願いいたします。
その他気になることありましたら、教えてください (例: 食べムラがある 耳・皮膚を痒がる等)	

患者様情報 ②

今まで病気・ケガ・手術を経験したことはありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある(病名)
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"/> ない <input type="checkbox"/> ある(症状)
予防歴	<input type="checkbox"/> 狂犬病ワクチン 最後は 年 月 日 / 不明
	<input type="checkbox"/> 混合ワクチン 最後は 年 月 日 / 不明
	<input type="checkbox"/> フィラリア予防 最後は 年 月 日 / 不明
	<input type="checkbox"/> ノミ・マダニ予防 最後は 年 月 日 / 不明
どのような生活環境ですか？	<input type="checkbox"/> 室内のみ <input type="checkbox"/> 室内たまに室外 <input type="checkbox"/> 室外
同居している動物はいますか？	<input type="checkbox"/> はい 動物種 () <input type="checkbox"/> いいえ
食べ物	<input type="checkbox"/> 市販食 <input type="checkbox"/> 療法食 (ドライ・ウェット・缶詰) <input type="checkbox"/> 手作り 商品名をご記入ください ()