

# 問診票

初めての来院 来院歴あり(初めての子・同じ子)カルテNo, \_\_\_\_\_

飼い主様のお名前	フリガナ	電話番号	
ご住所	〒		

動物のお名前	フリガナ	生年月日	西暦	年	月	日( 歳)
		飼い始めた日	西暦	年	月	日
種類	<input type="checkbox"/> 犬 <input type="checkbox"/> 猫	性別	<input type="checkbox"/> オス <input type="checkbox"/> メス			
品種		避妊・去勢	<input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 済			
性格	<input type="checkbox"/> おとなしい <input type="checkbox"/> 人懐っこい <input type="checkbox"/> 怖がり <input type="checkbox"/> 怒りっぽい					

動物保険	<input type="checkbox"/> 入っている(アニコム・アイペット・その他) <input type="checkbox"/> 入っていない			
混合ワクチン	<input type="checkbox"/> 毎年実施( 年 月 日)	<input type="checkbox"/> 以前にしたことがある	<input type="checkbox"/> していない	<input type="checkbox"/> わからない
狂犬病ワクチン	<input type="checkbox"/> 毎年実施( 年 月 日)	<input type="checkbox"/> 以前にしたことがある	<input type="checkbox"/> していない	<input type="checkbox"/> わからない
フィラリア予防	<input type="checkbox"/> 毎年実施( 月～ 月頃)	<input type="checkbox"/> 以前にしたことがある	<input type="checkbox"/> していない	<input type="checkbox"/> わからない
ノミ・ダニ予防	<input type="checkbox"/> 毎年実施	<input type="checkbox"/> 以前にしたことがある	<input type="checkbox"/> していない	<input type="checkbox"/> わからない

過去に大きな病気をしたことがありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある(病名 )
現在治療中の病気がありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある(病名 )
薬で副作用が出たことがありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある(薬名 )
ワクチンなどでアレルギーが出たことがありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある(種類 )

ご来院のきっかけ	<input type="checkbox"/> 以前より知っていた <input type="checkbox"/> インターネット/ホームページ
	<input type="checkbox"/> ご紹介( 様) <input type="checkbox"/> その他( )

本日はどうされましたか？(複数○をつけても可) 症状のある方は詳しくご記入をお願いします。

混合ワクチン・狂犬病ワクチン・フィラリア予防・ノミ・ダニ予防・避妊去勢手術の相談・健康診断  
爪切り・肛門腺処置・耳そうじ・下痢・嘔吐・食欲不振・元気消失・かゆみ・血尿・歩行異常・できもの・咳