

問診票(初診用)

カルテNo.

グリーンヒルペットクリニック

※紹介状、レントゲン等をご持参の方は、問診票と一緒に受付へお出し下さい。

受付日

飼い主名	ふりがな	電話番号	自宅	-	-
			携帯電話	-	-
			緊急時	-	-
ご住所	〒				

ペット名		生年月日	19	年	月	日(満	歳)
			20				
品種		性別	<input type="checkbox"/> オス <input type="checkbox"/> 去勢済 / <input type="checkbox"/> メス <input type="checkbox"/> 避妊済				
入手方法	<input type="checkbox"/> 買った <input type="checkbox"/> もらった <input type="checkbox"/> 拾った・保護した <input type="checkbox"/> 自宅で産まれた <input type="checkbox"/> その他()						
マイクロチップ	<input type="checkbox"/> 入れている(ID:) <input type="checkbox"/> 入っていない <input type="checkbox"/> わからない						
性格	<input type="checkbox"/> おとなしい <input type="checkbox"/> 人懐っこい <input type="checkbox"/> 神経質 <input type="checkbox"/> 恐がり <input type="checkbox"/> かむ <input type="checkbox"/> 暴れる <input type="checkbox"/> 凶暴 <input type="checkbox"/> わからない						
他の同居動物	<input type="checkbox"/> 犬()頭 <input type="checkbox"/> 猫()頭 <input type="checkbox"/> その他()						
飼育環境	<input type="checkbox"/> 室内 <input type="checkbox"/> 屋外 <input type="checkbox"/> 両方	散歩	1日()回、()分程度				

食事	<input type="checkbox"/> ドライフード <input type="checkbox"/> 缶詰 <input type="checkbox"/> 半生 <input type="checkbox"/> 手作り <input type="checkbox"/> 残飯 <input type="checkbox"/> その他()						
	食事の商品名・メーカー名()						

狂犬病Vac	<input type="checkbox"/> 毎年実施 <input type="checkbox"/> 以前したことがある(最終実施日 年 月) <input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> わからない						
混合Vac	<input type="checkbox"/> 毎年実施 <input type="checkbox"/> 以前したことがある(最終実施日 年 月) <input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> わからない ()種混合ワクチン						
フィラリア予防	<input type="checkbox"/> 毎年実施 <input type="checkbox"/> 以前したことがある(最終実施日 年 月) <input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> わからない ()月~()月						
ノミ・ダニ予防	<input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない						

今回の診察内容	<input type="checkbox"/> 調子が悪い(具体的に)						
	<input type="checkbox"/> 診断、治療方法のセカンドオピニオンとして						
過去になつた病気	<input type="checkbox"/> 眼の病気 <input type="checkbox"/> 皮膚の病気 <input type="checkbox"/> 消化器の病気(下痢・嘔吐) <input type="checkbox"/> 心臓の病気 <input type="checkbox"/> 腎臓の病気 <input type="checkbox"/> 泌尿器の病気(尿石など) <input type="checkbox"/> 神経の病気 <input type="checkbox"/> 腫瘍 <input type="checkbox"/> 伝染病(カゼなど) <input type="checkbox"/> 寄生虫 <input type="checkbox"/> 事故 <input type="checkbox"/> その他の病気() <input type="checkbox"/> 注射などによるショック、異常が出たことがある						

本日の、ご飯とお水は抜いていますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> わからない
かかりつけの動物病院の名前	