

## 問診票(初診用)

カルテNo.

坂戸動物病院

※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	年 月 日(満 歳)		
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	