

問診票（初診用）

CANIN FELINE

飼主様の お名前	ふりがな	電話番号	自宅	()
			勤務先	() 会社名_____
ご住所	〒 _____ 市 _____ 町・村			

愛犬・愛猫のお名前		生年月日	年 月 日 (満 歳)
		性別	<input type="checkbox"/> オス <input type="checkbox"/> メス <input type="checkbox"/> 不妊手術済み
品種 (例: 柴犬)		毛色	
飼い始めたきっかけ	<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"/> 自宅で生まれた <input type="checkbox"/> その他()		

性格	<input type="checkbox"/> おとなしい <input type="checkbox"/> 人懐っこい <input type="checkbox"/> 機嫌 <input type="checkbox"/> こわがり <input type="checkbox"/> 逃げる <input type="checkbox"/> かむ <input type="checkbox"/> あばれる <input type="checkbox"/> 凶暴 <input type="checkbox"/> わからぬ
-----------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

同居動物	犬 () 頭 猫 () 頭 その他 ()
-------------	-------------------------

飼育環境	<input type="checkbox"/> 屋内のみ <input type="checkbox"/> 屋外のみ <input type="checkbox"/> 両方	お散歩	1日 () 回、 () 分程度
-------------	-----------------------------------------------------------------------------------------	------------	-------------------

主食	<input type="checkbox"/> ドライ <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()
-----------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

回数	1日 () 回 1回約 () グラム	主食の メーカー 内容など	
おやつ	ジャーキー ヒスケット ()		

混合ワクチン	<input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> 以前にしたことがある <input type="checkbox"/> 毎年実施 <input type="checkbox"/> わからない	() 種混合 ワクチン 最後の接種 年 月
---------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------

狂犬病ワクチン	<input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> 以前にしたことがある <input type="checkbox"/> 毎年実施 <input type="checkbox"/> わからない	最後の接種 年 月
----------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------

フィラリア予防	<input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> 以前にしたことがある <input type="checkbox"/> 毎年実施 <input type="checkbox"/> わからない	() 月 ~ () 月
----------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------

今回、診察してほしいことをお書きください。	<input type="checkbox"/> 具合が悪そう <input type="checkbox"/> 下痢・嘔吐 <input type="checkbox"/> ケガ <input type="checkbox"/> 眼の病気 <input type="checkbox"/> 皮膚・耳の病気 <input type="checkbox"/> ワクチン <input type="checkbox"/> フィラリア予防 <input type="checkbox"/> 不妊手術 <input type="checkbox"/> 寄生虫 <input type="checkbox"/> 飼い方の相談 <input type="checkbox"/> その他			
------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--

過去にかかった病気をお書き下さい。	<input type="checkbox"/> 皮膚病 (耳も含む) <input type="checkbox"/> 消化器病 (下痢・嘔吐) <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 尿の病気 (尿石など) <input type="checkbox"/> 伝染病 (カゼなど) <input type="checkbox"/> 目の病気 <input type="checkbox"/> 寄生虫 <input type="checkbox"/> ケガ <input type="checkbox"/> その他			
--------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--

御来院のきっかけ	<input type="checkbox"/> 電話帳 <input type="checkbox"/> 通りがかり、看板 <input type="checkbox"/> インターネット <input type="checkbox"/> ご紹介 (ご紹介者名: _____ 様)		
-----------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--