

# 問診票（初診用）

CANIN FELINE

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

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

<b>性格</b>	<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"/> 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"/> わからない
-----------	--

<b>同居動物</b>	犬( )頭 猫( )頭 その他( )
-------------	--------------------

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

<b>主食</b>	<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( )
-----------	---

<b>回数</b>	1日( )回 1回約( )グラム	<b>主食の メーカー 内容など</b>	
<b>おやつ</b>			

<b>混合ワクチン</b>	<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 最後の接種は 年 月
---------------	---	--------------------------

<b>狂犬病ワクチン</b>	<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	最後の接種は 年 月
----------------	---	------------

<b>フィラリア予防</b>	<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
----------------	---	-----------

<b>今回、診察してほしいことをお書きください。</b>	<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			
------------------------------	--	--	--	--

<b>過去にかかった病気をお書き下さい。</b>	<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			
--------------------------	--	--	--	--

<b>御来院のきっかけ</b>	<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)			
-----------------	--	--	--	--