

No. \_\_\_\_\_

# 問 診 票

Interview sheet



## 飼い主様情報

年 月 日

フリガナ	フリガナ		
お名前	住 所	〒 -	
電 話	携 帯	-	-
		ご職業	
当院をどこで 知りましたか	<input type="checkbox"/> ご紹介（知人： _____） ・ 他院 <input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> SNS <input type="checkbox"/> 広告を見て（ _____） <input type="checkbox"/> 病院を直接見て <input type="checkbox"/> その他（ _____）		

## 動物さん情報

種 類	<input type="checkbox"/> 犬 <input type="checkbox"/> 猫 <input type="checkbox"/> ウサギ <input type="checkbox"/> その他（ _____）	性 別	<input type="checkbox"/> オス（去勢： 未 ・ 済） <input type="checkbox"/> メス（避妊： 未 ・ 済）
お名前	品 種	毛 色	
生年月日	西暦 年 月 日 ( 歳)	性 格	<input type="checkbox"/> おとなしい <input type="checkbox"/> 人なつっこい <input type="checkbox"/> 恐がり <input type="checkbox"/> 怒りっぽい <input type="checkbox"/> その他（ _____）

## ご来院目的

具合が悪い 健康診断 ワクチン予防 フィラリア予防 健康相談したい トリミング/ホテル

## 具合が悪いとお答えの方

症 状	(例：下痢気味・嘔吐をする)		
い つ	(例：昨日の晩から)	環 境 の 変 化	(例：3日前からエサを変えた)
そ の 他	(例：以前にも同じ症状が出た)		
治療・検査 について	<input type="checkbox"/> すべて診てほしい <input type="checkbox"/> 今悪いところだけ診てほしい <input type="checkbox"/> 相談したい		

## その他(わからないものは無記入でお願いします)

### 1. 生活場所はどこですか

室内 屋外 両方  
その他（ \_\_\_\_\_）

### 2. ワクチン接種はしていますか

はい（狂犬病・ \_\_\_\_\_ 種混合）  
いいえ

### 3. お散歩はしていますか

出る（1日 \_\_\_\_\_ 分くらい）  
出ない

### 4. フィラリア予防はしていますか

はい（錠剤・チュアブル・スポット）  
いいえ

### 5. ノミ予防はしていますか

はい  
いいえ

### 6. 飲み薬のご希望

錠剤 粉薬 シロップ  
※種類によっては難しい場合もございます

### 7. 動物の健康保険は加入されていますか

はい（会社名： \_\_\_\_\_）  
いいえ

### 8. いつも食べているものはなんですか

缶詰（商品名： \_\_\_\_\_）  
ドライフード（商品名： \_\_\_\_\_）  
その他（ \_\_\_\_\_）

### 9. 今までに大きな病気や事故はありますか

はい（ \_\_\_\_\_）  
いいえ