

NO. _____

問 診 票

西暦 2021 年 月 日

■ 飼い主様の情報

※2頭目以降は省略可能です。変更点があれば、ご記入をお願いします。

フリガナ		ご住所	〒
飼主名			
電話番号		緊急のご連絡先	

■ ペットちゃんの情報・診察の目的

フリガナ		種別	<input type="checkbox"/> 犬 <input type="checkbox"/> 猫 <input type="checkbox"/> その他
お名前		品種	() <input type="checkbox"/> 雑種
誕生日	年 月 日 (もしくは現在の年齢 歳)	毛色	
性別	<input type="checkbox"/> オス <input type="checkbox"/> メス <input type="checkbox"/> 不明	避妊・去勢	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 不明
		出産歴	<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 不明
予防しているもの <input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> わからない	<input type="checkbox"/> 狂犬病 最終接種日:西暦 年 月頃		
	<input type="checkbox"/> 混合ワクチン 種、最終接種日:西暦 年 月頃		
	<input type="checkbox"/> フィラリア投薬 <input type="checkbox"/> ノミ・ダニ予防		
保険	<input type="checkbox"/> 未加入 <input type="checkbox"/> 加入済 (<input type="checkbox"/> アニコム <input type="checkbox"/> アイペット <input type="checkbox"/> その他)		
マイクロチップ	<input type="checkbox"/> 未登録 <input type="checkbox"/> 登録 (ID:)		
いつから飼育・保護していますか?	年 月 日~ (もしくは 年前より)		
入手方法は?	<input type="checkbox"/> 購入した <input type="checkbox"/> 譲り受けた <input type="checkbox"/> 自宅で産まれた <input type="checkbox"/> 保護した		
飼育している場所は?	<input type="checkbox"/> 室内 <input type="checkbox"/> 室外 <input type="checkbox"/> 両方		
同居の動物は?	<input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> 犬(頭) <input type="checkbox"/> 猫(頭) <input type="checkbox"/> その他()		
いつも食べているものは?	<input type="checkbox"/> ドライ <input type="checkbox"/> 半生 <input type="checkbox"/> 缶詰 <input type="checkbox"/> おやつ		
	<input type="checkbox"/> 人間の食物 <input type="checkbox"/> 手作り <input type="checkbox"/> その他()		
【1】 本日の目的は?	<input type="checkbox"/> 診察 <input type="checkbox"/> 避妊・去勢の相談 <input type="checkbox"/> 健康チェック <input type="checkbox"/> 狂犬病予防 <input type="checkbox"/> 混合ワクチン <input type="checkbox"/> フィラリア <input type="checkbox"/> ノミ・ダニ		
【2】	【1】で「診察」とお答えの方はご記入下さい。例:右の前足を引きずっている。咳が出るetc...		
	どんな症状ですか?		
	いつ頃からですか?		
【3】	現在治療中の病気・ケガはありますか?また病気・ケガでの手術歴がありましたら、ご記入下さい。		
	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> わからない <input type="checkbox"/> あり()		
【4】	薬や注射で具合が悪くなったことはありますか?そのお薬名がわかりましたら、ご記入下さい。		
	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> わからない <input type="checkbox"/> あり()		