

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

※猫ちゃんを連れてきた方へ。ケージに入っていなかったり、怖がりの子は事前にお申し付けください。

| | | | | | | |
|--------------------------------|---|-------|---|-----------------------------|---|---|
| フリガナ | | 誕生日 | 西暦 | 年 | 月 | 日 |
| お名前 | | | (もしくは現在の年齢 歳) | | | |
| 種別 | <input type="checkbox"/> 犬 <input type="checkbox"/> 猫 <input type="checkbox"/> その他 | 品種 | () | <input type="checkbox"/> 雑種 | 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 | |
| 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:) | | | | | |
| 予防 | <input type="checkbox"/> 混合ワクチン 種、最終接種日:西暦 年 月頃 | | | | | |
| <input type="checkbox"/> していない | <input type="checkbox"/> ノミ・ダニ予防 <input type="checkbox"/> フィラリア投薬・注射 | | | | | |
| <input type="checkbox"/> わからない | <input type="checkbox"/> 狂犬病 最終接種日:西暦 年 月頃 | | | | | |
| いつから飼育・保護していますか? | 西暦 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 | | | | | |
| 【1】 本日はどうされましたか? | <input type="checkbox"/> 具合が悪い <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・ダニ予防 <input type="checkbox"/> 爪切り | | | | | |
| 【2】 | 【1】で「具合が悪い」とお答えの方は、どんな症状でいつからか具体的に記入してください。 | | | | | |
| | | | | | | |
| 【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() | | | | | |

ご記入が終わりましたら、受付のスタッフまでお声掛けください。