




問診票

| | | | | | | |
|-------|-----|-----|-----|-----|----|-----|
| フリガナ | 初診 | | | 年 | 月 | 日 |
| 名前: | 電話: | () | 携帯: | () | | |
| 住所: 〒 | | | | | | |
| 勤務先: | 備考: | | | | | |
| TEL: | | | | | | |
| ペット名: | 犬 | 猫 | 品種: | 毛色: | | |
| 生年月日: | 年 | 月 | 日 | 性別: | オス | 去勢済 |
| | | | | | メス | 避妊済 |

| | | | | | |
|--------|---|-----------------------------|---|--|--|
| 飼育環境 | <input type="checkbox"/> 屋内 | <input type="checkbox"/> 屋外 | <input type="checkbox"/> 両方 | | |
| 食事 | <input type="checkbox"/> ドライ <input type="checkbox"/> 缶詰 <input type="checkbox"/> 手作り <input type="checkbox"/> その他 () | | |  | |
| | メーカーまたは商品名 (分かる範囲で) () | | | | |
| ワクチン | ワクチン接種はしていますか。 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい | | <input type="checkbox"/> 3種混合ワクチン (年 月) <input type="checkbox"/> 6種混合ワクチン (年 月) <input type="checkbox"/> エイズワクチン (年 月) | | |
| ウイルス検査 | ウイルスの検査を受けたことはありますか。(いつ、結果) | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 猫エイズ・猫白血病 <input type="checkbox"/> 猫伝染性腹膜炎(コロナウイルス) <input type="checkbox"/> 受けていない (年 月・陰性/陽性) (年 月・陰性/陽性) | | | | |

| | |
|--------------|---|
| 今回の ご来院理由 | <input type="checkbox"/> 皮膚 <input type="checkbox"/> 具合が悪そう <input type="checkbox"/> ワクチン接種 <input type="checkbox"/> 去勢避妊手術 <input type="checkbox"/> フィラリア予防 <input type="checkbox"/> 健康診断・相談 <input type="checkbox"/> その他 病状について具体的にご記入下さい(例:いつから、どこが、どのように) |
| | [] |

| | |
|--------------|---|
| ご来院の きっかけ | <input type="checkbox"/> ホームページ(インターネット) <input type="checkbox"/> 電話帳・広告 <input type="checkbox"/> 情報誌 <input type="checkbox"/> 通りすがり・看板 <input type="checkbox"/> 以前かかっていた <input type="checkbox"/> 知り合いから [様] |
| | ちゃん] |



ご協力ありがとうございました!
※こちらにご記入いただいた情報は当院からの
お知らせをお送りする以外に使用致しません。
岩手どうぶつ医療センター 院長 阿部泰朗