



# 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	性格	<input type="checkbox"/> 明るい・人懐こい <input type="checkbox"/> 怖がり <input type="checkbox"/> シャイ <input type="checkbox"/> その他
食事	<input type="checkbox"/> ドライ <input type="checkbox"/> 半生 <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"/> 5種 <input type="checkbox"/> 6種混合ワクチン ( 年 月) <input type="checkbox"/> 7種 <input type="checkbox"/> 8種混合ワクチン ( 年 月) <input type="checkbox"/> 狂犬病ワクチン ( 年 月)	
フィラリア 予防	フィラリア予防はしていますか。 <input type="checkbox"/> 予防していない ⇒ 予防を希望されますか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 予防している (予防薬 年 月~ 月まで) <input type="checkbox"/> 「フィラリア」って何?		

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**

