

# 問診票



フリガナ		初診		年	月	日
飼い主名:	連絡先①:	( )	連絡先②:	( )		
住所: 〒						
勤務先:	備考:					
TEL:						
ペット名:	犬	品種:	毛色:			
生年月日: 西暦	年	月	日	性別: オス	去勢済	メス 避妊済

◎ワンちゃんについて詳しく教えてください。

●本日のご来院理由は?	<input type="checkbox"/> 健康診断 <input type="checkbox"/> 混合ワクチン <input type="checkbox"/> 狂犬病ワクチン <input type="checkbox"/> 具合が悪い <input type="checkbox"/> その他					
●ご相談・症状などなるべく具体的にご記入ください。						
●ペット保険に加入していますか?	<input type="checkbox"/> はい⇒保険会社( ) <input type="checkbox"/> いいえ					
※窓口精算可能な保険証(アニコム・アイペット対応)をお持ちの方は、問診票と一緒に受付へお持ちください。						
●ワンちゃんの性格は?	<input type="checkbox"/> 友好的 <input type="checkbox"/> 臆病 <input type="checkbox"/> 攻撃的					
●ワクチン接種はしていますか?	◎混合ワクチン( 種) <input type="checkbox"/> はい⇒いつ頃?(西暦 年 月頃) <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 不明 ◎狂犬病 <input type="checkbox"/> はい⇒いつ頃?(西暦 年 月頃) <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 不明					
●フィラリアの予防はしていますか?	<input type="checkbox"/> はい⇒最終投薬期間(西暦 年 月～ 月) <input type="checkbox"/> いいえ					
●ノミ・ダニの予防はしていますか?	<input type="checkbox"/> はい⇒最終投薬期間(西暦 年 月～ 月) <input type="checkbox"/> いいえ					
●いつも何を食べていますか?	<input type="checkbox"/> 市販(ドライ・缶詰・その他)⇒商品名( ) <input type="checkbox"/> 病院食(治療食)⇒商品名( ) <input type="checkbox"/> 手作りごはん( ) <input type="checkbox"/> その他( )					
●今までに大きな手術・病気をしましたか?	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい⇒いつ頃、どんな? 					
●注射・内服薬で副作用を起こした事は?	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ⇒薬剤名( ) 症状 ( )					

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