

# 問 診 票

## ●飼主様について

お名前 (ふりがな)		電話番号	( )
		携帯番号	( )
ご住所	〒		

## ●患者様について (□の中にチェック【✓】をお願い致します)

お名前		生年月日	年 月 日
性別	<input type="checkbox"/> オス <input type="checkbox"/> メス <input type="checkbox"/> 手術済	飼育環境	<input type="checkbox"/> 屋内 <input type="checkbox"/> 屋外 <input type="checkbox"/> 両方
動物種	<input type="checkbox"/> 犬 <input type="checkbox"/> 猫 <input type="checkbox"/> その他 ( )	品種	
主食	<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 ( ) メーカー又は商品名(分かる範囲で) _____		
ワクチン	狂犬病接種はしていますか? <input type="checkbox"/> はい ( 年 月頃) <input type="checkbox"/> いいえ 混合ワクチン接種はしていますか? <input type="checkbox"/> はい ( 年 月頃) <input type="checkbox"/> いいえ		
フィラリア	フィラリアの予防はしていますか? <input type="checkbox"/> はい ( 年 月～ 年 月まで) <input type="checkbox"/> いいえ		
既往歴	これまでにかかった病気はありますか? <input type="checkbox"/> はい(いつ・病名: ) <input type="checkbox"/> いいえ		
薬	現在、服用しているお薬はありますか? <input type="checkbox"/> はい ( ) <input type="checkbox"/> いいえ		
体質	薬やワクチンに対してアレルギーを起こしたことはありますか? <input type="checkbox"/> はい ( ) <input type="checkbox"/> いいえ		

※裏面もご記入ください。

