

問診表

●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		

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"/> 不妊手術 <input type="checkbox"/> ワクチン <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ください (例: いつから・どこが・どのように) <div style="border: 1px solid black; height: 80px; margin-top: 10px;"></div>
--------------	--

ご来院の きっかけ	<input type="checkbox"/> インターネット <input type="checkbox"/> 電話帳・広告 <input type="checkbox"/> 通りすがり・看板 <input type="checkbox"/> 以前かかっていた <input type="checkbox"/> ご紹介 (ご紹介者名)
--------------	---

※こちらにご記入いただいた情報は当院の診察及び当院からのお知らせをお送りする以外には使用いたしません。