

問 診 票

おわかりになる範囲で結構ですから、あてはまる所に○印をつけ、ご記入下さい。
但し、緊急救命処置を要する場合はすぐに申し出て下さい。

ふりがな
飼主氏名 _____ 1.ご本人 2.代理(氏名 _____)

※代理の方と飼主とのご関係 ()

〒 (-)

主な通院手段: 徒歩 自転車 自動車(自家用・タクシー) 他 ()

ご住所 _____ 通院所要時間 約 _____ 分

電話 _____ 携帯 _____ FAX _____

ペットの種類 犬 () 猫 () その他 ()

例: 犬(柴) 兎 () 鳥 () 保険加入 (有・無)

ペット名 _____ 年齢 _____ 才 _____ ヶ月 (年 月 日生)

性別 おす めす 去勢済 避妊済 飼育環境 室内(外出: 有 無) 室外

食物・フード(銘柄:)・手作り食・おやつ・その他 ()

●来院されるのは初めてですか?

1. はじめて 2. 以前に来院 3. 他のペットで来院

●はじめての方へ: どのようにして当院を知りましたか?

1. 知人等の紹介 2. インターネット・ホームページ(携帯/パソコン) 3. その他 ()

●元気はありますか?

1. ある 2. 少しない 3. ない

●食欲はありますか?

1. おう盛 2. ふつう 3. 少しは食べる
4. 食欲あるが食べられない 5. まったく食べない

●今回の病気で他の病院の診察や治療を受けていますか? 1. はい 2. いいえ

●ここ1年以内にワクチンを受けさせていますか? 1. はい 2. いいえ

①の方は分かればワクチンの種類と接種時期を教えてください。

犬 1. 狂犬病 (年 月) 猫 1. 3種混合 (年 月)
2. 5種混合 (年 月) 2. 4種混合 (年 月)
3. 6種混合 (年 月) 3. 白血病ウイルス (年 月)
4. 7種混合 (年 月) 4. エイズウイルス (年 月)
5. 8種混合 (年 月) 5. その他 (年 月)
6. その他 (年 月)

●過去にワクチンや薬、食物等でアレルギー等を起こしたことがありますか?

・ 1. ある (ワクチン・薬・食物・他) 2. ない

