

初診問診票

カルテNo. _____

飼い主様のお名前	ふりがな	電話番号	自宅 ()
			携帯 ()
ご住所	〒 _____		
愛犬・愛猫のお名前		生年月日	年 月 日 (満 歳)
動物種	犬 ・ 猫	品種	
毛色		性別	<input type="checkbox"/> オス <input type="checkbox"/> メス <input type="checkbox"/> 去勢オス <input type="checkbox"/> 避妊メス
この子以外で当院で かかったことのある 動物がいますか？	<input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> いる カルテNo. () 名前 ()		
同居動物	<input type="checkbox"/> いない 犬 () 頭 猫 () 頭		
飼い始めたきっかけ	<input type="checkbox"/> 買った <input type="checkbox"/> もらった <input type="checkbox"/> 拾った・保護した <input type="checkbox"/> 自宅で生まれた <input type="checkbox"/> その他 ()		
性格	<input type="checkbox"/> おとなしい <input type="checkbox"/> 人懐っこい <input type="checkbox"/> 神経質 <input type="checkbox"/> こわがり <input type="checkbox"/> 逃げる <input type="checkbox"/> かむ <input type="checkbox"/> あばれる <input type="checkbox"/> 凶暴 <input type="checkbox"/> わからない		
飼育環境	<input type="checkbox"/> 屋内のみ <input type="checkbox"/> 屋外のみ <input type="checkbox"/> 両方	お散歩	1日 () 回 () 分
ごはん	1日 () 回 <input type="checkbox"/> ドライ <input type="checkbox"/> 缶詰 <input type="checkbox"/> 半生 <input type="checkbox"/> 手作り <input type="checkbox"/> オヤツ ()		
混合ワクチン	<input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> 以前にしたことがある <input type="checkbox"/> 毎年実施 <input type="checkbox"/> わからない		
狂犬病ワクチン	<input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> 以前にしたことがある <input type="checkbox"/> 毎年実施 <input type="checkbox"/> わからない		
フィラリア予防	<input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> 以前にしたことがある <input type="checkbox"/> 毎年実施 <input type="checkbox"/> わからない		
マイクロチップ	<input type="checkbox"/> 入っていない <input type="checkbox"/> 入っている (番号:)		
ペット保険	<input type="checkbox"/> 入っていない <input type="checkbox"/> 入っている (保険会社:)		
今回診察してほしい こと	<input type="checkbox"/> 具合が悪そう <input type="checkbox"/> 下痢・嘔吐 <input type="checkbox"/> ケガ <input type="checkbox"/> 眼 <input type="checkbox"/> 皮膚 <input type="checkbox"/> 耳 <input type="checkbox"/> ワクチン <input type="checkbox"/> フィラリア予防 <input type="checkbox"/> ノミダニ予防 <input type="checkbox"/> 不妊手術 <input type="checkbox"/> 健康診断 <input type="checkbox"/> その他 ()		
過去にかかった病気 現在治療中の病気が ありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (どんな病気ですか? :)		
御来院のきっかけ	<input type="checkbox"/> チラシ・広告 <input type="checkbox"/> 通りがかり・看板 <input type="checkbox"/> インターネット <input type="checkbox"/> 駅のポスター <input type="checkbox"/> ご紹介 (ご紹介者名: 様)		
来院手段	<input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> 車 <input type="checkbox"/> 電車 <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> その他		