



# 初診問診票（いぬ）

年 月 日

分かる範囲で結構ですので、ご記入をお願いいたします。

フリガナ		自宅電話番号	
飼い主名		携帯電話番号	
住所	〒	緊急連絡先	
		E-mail	

名前	ちゃん	品種	
性別	<input type="checkbox"/> オス <input type="checkbox"/> メス <input type="checkbox"/> 不明	毛色	
生年月日	年 月 日 歳	マイクロチップ	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (No. _____)
去勢・避妊手術	<input type="checkbox"/> している (いつ頃 _____) <input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> 不明		
ペット保険に加入していますか	<input type="checkbox"/> はい (保険名: _____) <input type="checkbox"/> いいえ		

入手方法	<input type="checkbox"/> 購入 <input type="checkbox"/> 譲渡 <input type="checkbox"/> 自宅で生まれた <input type="checkbox"/> 拾った <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )		
入手先・入手日	年 月 日 場所 ( _____ )		
飼育場所	<input type="checkbox"/> 室内 <input type="checkbox"/> 室外 <input type="checkbox"/> 内外両方	散歩	<input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない
過去1年以内の予防接種歴	狂犬病: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明 最終接種日: 年 月 日	混合ワクチン: <input type="checkbox"/> 有 (6・8種・その他) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明 最終接種日: 年 月 日	
フィラリア予防	<input type="checkbox"/> 毎年している ( <input type="checkbox"/> 錠剤 <input type="checkbox"/> スポット <input type="checkbox"/> 注射) <input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> 不明		
フード	1日 回 → <input type="checkbox"/> 缶詰 <input type="checkbox"/> ドライ <input type="checkbox"/> その他 ( _____ ) 商品名 ( _____ )		
他のペット	<input type="checkbox"/> 飼っている (種類 _____ 頭数 _____) <input type="checkbox"/> 飼っていない		
過去の病気・ケガ	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない いつ頃ですか? _____ どんな事ですか? _____ 輸血をしたことはありますか? <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない 今まで注射等でショックなどの異常が起きたことはありますか <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない		
ご来院の理由	<input type="checkbox"/> 具合が悪そうだから いつからですか? _____ どこが悪そうですか? _____ どんな症状ですか? _____ <input type="checkbox"/> 健康チェック・相談 <input type="checkbox"/> ワクチン <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )		

当院をどのようにお知りになりましたか?	当院への交通手段
<input type="checkbox"/> 電話帳 <input type="checkbox"/> 看板 <input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> 前を通りかかった <input type="checkbox"/> ご紹介 (ご紹介者: _____) <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )	<input type="checkbox"/> 自動車 <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> 地下鉄 <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )

ありがとうございました。書き終わりましたら、受付までお持ち下さい。

エム動物クリニック