

初診問診票

わかる範囲で結構ですので、なるべく詳しく教えてください。

飼主様のお名前	ふりがな	電話番号 緊急連絡先	
ご職業			
ご住所	〒 () 富山市 / () 市		
●動物について			
なまえ	ちゃん	品 種	色
動物種	犬・猫・その他 ()	生年月日/年齢	年 月 日 (才)
性 別	<input type="checkbox"/> オス <input type="checkbox"/> 去勢済み (年 月) <input type="checkbox"/> メス <input type="checkbox"/> 避妊済み (年 月)		
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"/> 噛む <input type="checkbox"/> 暴れる <input type="checkbox"/> 凶暴 <input type="checkbox"/> わからない		
主な生活場所	<input type="checkbox"/> 屋外のみ <input type="checkbox"/> 屋内のみ <input type="checkbox"/> 両方	お散歩	1日 () 回 () 分ずつ
●ペットを飼い始めたきっかけは？			
<input type="checkbox"/> 買った <input type="checkbox"/> 自宅で生まれた <input type="checkbox"/> 里親 <input type="checkbox"/> もらった <input type="checkbox"/> 拾った・保護した <input type="checkbox"/> その他 ()			
●食事の内容についてご記入下さい。			
<input type="checkbox"/> 1日 回 <input type="checkbox"/> 決まっていない		具体的な商品名を教えてください	
<input type="checkbox"/> ドライ <input type="checkbox"/> 半生タイプ <input type="checkbox"/> 缶詰 <input type="checkbox"/> 手作り <input type="checkbox"/> その他			
●予防についてご記入下さい。			いつ頃実施していますか
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		年 月 () 種
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		年 月
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		月 ~ 月
ノミダニ予防	<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		月 ~ 月
●ペット保険 アニコム ・ アイペット ・ その他 () に加入していますか？			
●他に動物を飼っていますか？		名前 ① ちゃん / ② ちゃん / ③ ちゃん	
●当院をどのようにお知りになりましたか？			
<input type="checkbox"/> 通りかかって <input type="checkbox"/> Webで見て (<input type="checkbox"/> yahoo、 <input type="checkbox"/> google) <input type="checkbox"/> 動物病院の紹介 (病院名) <input type="checkbox"/> 知人の紹介 (ご紹介名)			
●本日来院の目的を教えてください。			
<input type="checkbox"/> 具合が悪そうだから <input type="checkbox"/> セカンドオピニオン <input type="checkbox"/> 健康診断 <input type="checkbox"/> 去勢・避妊手術相談 <input type="checkbox"/> フィラリア・ノミダニ予防 <input type="checkbox"/> 駆虫 <input type="checkbox"/> ワクチン <input type="checkbox"/> 狂犬病予防接種			
●治療・検査について			
<input type="checkbox"/> 必要な検査はして欲しい <input type="checkbox"/> 検査と費用を相談しながら決めていきたい <input type="checkbox"/> 検査はあまり望まない			
具体的に			

御協力ありがとうございました。より良い診療のためにこれらの情報はとても重要になります。

チェルシー アニマルクリニック