



# 問診票



飼主様のお名前	ふりがな	電話番号	
ご職業			
ご住所	〒( ) 富山市 / ( ) 市		

## ●動物について

名前	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"/> オス去勢 <input type="checkbox"/> メス <input type="checkbox"/> メス避妊				
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				

## ●ペットを飼い始めたきっかけは？

買った   自宅で生まれた   里親   もらった   拾った・保護した   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

## ●ペット保険加入していますか？

アニコム   アイペット   その他   加入していない

## ●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 / ④   ちゃん

## ●当院をどのようにお知りになりましたか？

通りかかって   Webで見て ( yahoo、google )   動物病院の紹介 ( 病院名 )  
知人の紹介 ( ご紹介名 )

## ●治療・検査について

必要な検査はして欲しい   検査と費用を相談しながら決めていきたい   検査はあまり望まない

## ●本日来院の目的を教えてください

具合が悪そうだから   セカンドオピニオン   健康診断   去勢・避妊手術相談  
フィラリア・ノミダニ予防   駆虫   ワクチン   狂犬病予防接種

本日の ご来院内容を 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。