

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。