

No.

年 月 日



初診問診表



■ 飼い主様の情報

ふりがな	〒	-
お名前	ご住所	
電話番号	緊急のご連絡先	ご職業

■ ねこちゃんの情報

ふりがな	品種	毛色
お名前		
性別	オス ・ メス	不妊手術 <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 済 (年 月 日)
生年月日	年 月 日	
保険	<input type="checkbox"/> 未加入 <input type="checkbox"/> 加入済 (<input type="checkbox"/> アニコム <input type="checkbox"/> アイペット <input type="checkbox"/> 他 ())	
入手方法	<input type="checkbox"/> ペットショップ (店名 :) <input type="checkbox"/> 他 ()	
マイクロチップ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (番号 :)	
予防	<input type="checkbox"/> 混合ワクチン (種・最終接種日 : 年 月 日) <input type="checkbox"/> フィラリア (薬の名前 :) <input type="checkbox"/> ノミ・ダニ (薬の名前 :)	
飼育環境	<input type="checkbox"/> 室内 <input type="checkbox"/> 屋外 <input type="checkbox"/> 他 ()	
食事	<input type="checkbox"/> ドライ (製品名 :) <input type="checkbox"/> ウェット (製品名 :) <input type="checkbox"/> おやつ () <input type="checkbox"/> 他 ()	
同居動物	<input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> いる (<input type="checkbox"/> 犬 (頭) <input type="checkbox"/> 猫 (頭) <input type="checkbox"/> 他 ())	
既往歴はありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (年 月頃)	
現在投薬中の薬はありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (薬の名前 :)	
今まで注射や薬で具合が悪くなったことはありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ()	
不妊手術以外で手術を受けたことがありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (年 月頃)	

■ 来院理由

来院目的	<input type="checkbox"/> 予防 (<input type="checkbox"/> 混合ワクチン <input type="checkbox"/> 抗体価検査 <input type="checkbox"/> フィラリア <input type="checkbox"/> ノミ・ダニ) <input type="checkbox"/> 診察 <input type="checkbox"/> 健康診断 <input type="checkbox"/> グルーミング (爪切りなど) <input type="checkbox"/> 他 ()
------	--

「診察」とお答えの方はご記入ください

主訴	どのような症状ですか？ いつ頃からですか？ <input type="checkbox"/> 徐々に悪くなっている <input type="checkbox"/> 見つけた時と変わりはない
----	---

その他、不安な点やお悩み事など、ご自由にご記入ください

■ どのように当院を知りましたか？ ホームページ 知人から 以前来院したことがある 他 ()

■ 当院からのお知らせのハガキをお送りしてもよろしいでしょうか？ はい いいえ

お知らせ内容： 予防シーズン開始時期、混合ワクチン接種時期