

年 月 日

塩田動物病院初診問診票

■飼い主様（家族構成：12歳以下 人）※12歳以下は寄生虫等に感染する恐れがあります。

お名前	ご住所	電話番号
ふりがな	〒	自宅： 携帯：

■動物

お名前	動物種・品種	性別	毛色	生年月日	性格	同居動物
	犬 ()	オス		年	<input type="checkbox"/> おとなしい	有
	猫 ()	メス		月	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 神経質	(匹)
	他 ()	手術済		日	<input type="checkbox"/> やんちゃ	無

1 「本日はいかがなさいましたか」 A. ()
2 「いつも飼っている場所は」 A <input type="checkbox"/> 室内のみ <input type="checkbox"/> 屋外の犬舎 <input type="checkbox"/> 屋外で放し飼い <input type="checkbox"/> 屋内外 <input type="checkbox"/> 飼っているわけではない
3 「お散歩に出かけますか」 A <input type="checkbox"/> 出る (1日 分くらい) <input type="checkbox"/> 出ない
4 「入手方法は」 A <input type="checkbox"/> 買った (店:) <input type="checkbox"/> もらった <input type="checkbox"/> 自宅で生まれた <input type="checkbox"/> 拾った <input type="checkbox"/> 住み着いた
5 「いつも食べているものは」A <input type="checkbox"/> ドライフード () <input type="checkbox"/> ウェットフード () <input type="checkbox"/> おやつ ()
6 「シャンプーはどのようにされていますか」 A <input type="checkbox"/> ショップ <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他 ()
7 「最後に狂犬病ワクチンを受けられた時期はいつですか」 A 年 月 日
8 「定期的な混合ワクチンをうけていますか」 A <input type="checkbox"/> 毎年している <input type="checkbox"/> (年) に1回 <input type="checkbox"/> していない ☆ () 種混合ワクチン
9 「最後に混合ワクチンを受けられたのはいつですか」 A 年 月 日
10 「定期的なフィラリア予防をしていますか」 A <input type="checkbox"/> はい (年 月 ~ 年 月) <input type="checkbox"/> いいえ
11 「定期的なノミ予防をしていますか」 A <input type="checkbox"/> 動物病院の薬・市販薬 () <input type="checkbox"/> いいえ
12 「現在なんらかの疾患にかかられていますか」 A <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> わからない
13 「今までに大きな病気や事故、又は手術の経験はありますか」 A <input type="checkbox"/> はい () <input type="checkbox"/> いいえ

☆ご協力ありがとうございました。問診票のデータは当院の診療を行う為のみに使用いたします。
初診提示 500円引き致します。