

## 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 ( ) 猫 ( ) 他 ( )	オス メス 手術済		年 月 日	<input type="checkbox"/> おとなしい <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 神経質 <input type="checkbox"/> やんちゃ	有 ( 匹) 無

<p>1 「本日はいかがなさいましたか」 A. ( _____ )</p> <p>_____ )</p>
<p>2 「いつも飼っている場所は」</p> <p>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</p>
<p>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</p>
<p>4 「入手方法は」</p> <p>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</p>
<p>5 「いつも食べているものは」A <input type="checkbox"/>ドライフード ( )</p> <p><input type="checkbox"/>ウェットフード( ) <input type="checkbox"/>おやつ ( )</p>
<p>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 ( )</p>
<p>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</p>
<p>8 「定期的な混合ワクチンをうけていますか」</p> <p>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</p>
<p>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</p>
<p>10 「定期的なフィラリア予防をしていますか」</p> <p>A <input type="checkbox"/>はい ( 年 月 ~ 年 月 ) <input type="checkbox"/>いいえ</p>
<p>11 「定期的なノミ予防をしていますか」</p> <p>A <input type="checkbox"/>動物病院の薬・市販薬 ( ) <input type="checkbox"/>いいえ</p>
<p>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</p>
<p>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」</p> <p>A <input type="checkbox"/>はい ( ) <input type="checkbox"/>いいえ</p>

☆ご協力ありがとうございました。問診表のデータは当院の診療を行う為のみに使用いたします。