

問診表

記入日

年

月

日

オーナー様情報			動物情報			
フリガナ			フリガナ			種類
お名前			お名前			犬・猫・その他 ()
ご住所	〒		品種			毛色
			生年月日	年 月 日 (現在 才)	同居動物	無・有 種類()
電話番号			性別	オス・メス・去勢オス・避妊メス 手術時期(1歳未満・1歳以上)		
ご紹介者		ご職業	ペット保険	未加入・加入(保険名)		

質問 1 本日のご来院理由にチェック✓をお入れください。

診察

予防

健康診断

※診察をご希望の方は質問2～質問11を、予防・健康診断をご希望の方は質問5～質問11をお答えください。

質問 2 いつ頃から、どのような症状ですか？

例) 昨日から咳をしている。2日前から下痢。今朝から嘔吐が続いている。など

{ }

質問 3 そのような症状は初めてですか？

初めて 以前にもなった → それはいつ頃ですか？ { }

質問 4 今回の症状において、他院で治療をされている際は治療内容をご記入ください。

{ }

質問 5 過去に罹ったことのある疾患に○をしてください。

心疾患 腎疾患 肝疾患 てんかん 糖尿病 アトピー性皮膚炎 その他 { }

質問 6 過去に手術・入院をされたことはありますか？(避妊・去勢手術を除く)

ない ある [疾患名:]

質問 7 過去に注射や飲み薬でアレルギー症状を起こしたことはありますか？

ない ある [薬剤名:] 症状等:]

質問 8 現在継続治療中の疾患はありますか？また、投薬中のものはありますか？

ない ある [疾患名:] 薬剤名:]

質問 9 予防接種・フィラリア予防・ノミダニ予防はされていますか？

混合ワクチン (最終接種年月日: 年 月 日)

狂犬病ワクチン (最終接種年月日: 年 月 日)

フィラリア予防 内服薬 スポット剤 注射 その他 していない

(最終投薬年月日: 年 月 日) 商品名()

ノミダニ予防 内服薬 スポット剤 その他 していない

(最終投薬年月日: 年 月 日) 商品名()

質問 10 薬を飲ませることはできますか？(複数回答可)

錠剤 粉薬 水薬 飲ませられるが困難 投薬はしたことがない

質問 11 診察・治療について、ご希望があればご記入ください。

{ }

質問 12 別紙「個人情報保護方針(プライバシーポリシー)」を確認し、同意いただいた場合はご署名をお願いします。

ご署名 _____



立川みなみ動物病院