

初診問診票

【飼い主様の情報について教えてください】

フリガナ			
お名前			
ご住所	〒 - -		
電話番号	- -	携帯番号	- -
FAX番号	- -	ご職業	
当院をどのようにしてお知りになりましたか？			
<input type="checkbox"/> ご紹介(様 ちゃん) <input type="checkbox"/> インターネット <input type="checkbox"/> 家・職場が近い <input type="checkbox"/> 前を通過して知っていた			

【わんちゃん・ねこちゃんの情報について教えてください】

お名前			動物種	<input type="checkbox"/> 犬 <input type="checkbox"/> 猫 <input type="checkbox"/> 他()
生年月日	西暦	年 月 日	品種	
性別	<input type="checkbox"/> オス <input type="checkbox"/> 去勢オス <input type="checkbox"/> メス <input type="checkbox"/> 避妊メス		毛色	
ペット保険に加入していますか？				
<input type="checkbox"/> はい(アニコム ・ アイペット ・ その他) <input type="checkbox"/> いいえ				
ワクチン接種はしていますか？				
<input type="checkbox"/> _____種混合ワクチン	最終接種日	西暦	年 月 日	
<input type="checkbox"/> 狂犬病ワクチン(犬)	最終接種日	西暦	年 月 日	
<input type="checkbox"/> 白血病ワクチン(猫)	最終接種日	西暦	年 月 日	
<input type="checkbox"/> エイズウイルスワクチン(猫)	最終接種日	西暦	年 月 日	
フィラリア予防はしていますか？				
<input type="checkbox"/> はい 最終投与日 西暦 年 月 日 <input type="checkbox"/> いいえ				
ダニ予防はしていますか？				
<input type="checkbox"/> はい 最終投与日 西暦 年 月 日 <input type="checkbox"/> いいえ				
今までに大きな病気や怪我をしたことがありますか？				
<input type="checkbox"/> はい(病名: 時期:) <input type="checkbox"/> いいえ				
今までにワクチンや薬で副作用が出たことはありますか？				
<input type="checkbox"/> はい(薬品名: 症状:) <input type="checkbox"/> いいえ				
いつものお食事は何を食べていますか？				
<input type="checkbox"/> ドライフード(銘柄:) <input type="checkbox"/> 缶詰・レトルト(銘柄:) <input type="checkbox"/> 手作り <input type="checkbox"/> その他()				

【本日のご来院理由を教えてください】

<input type="checkbox"/> 具合が悪い <input type="checkbox"/> 健康診断 <input type="checkbox"/> ワクチン・予防 <input type="checkbox"/> セカンドオピニオン <input type="checkbox"/> その他
◎症状・ご相談内容など具体的にご記入をお願いします。

【ご希望される診察内容について教えてください】

<input type="checkbox"/> 現在行われている治療に対するセカンドオピニオン	<input type="checkbox"/> 現在の症状に対する対症療法
<input type="checkbox"/> 現在の症状に対する詳細な検査と治療	<input type="checkbox"/> 大学病院への紹介
<input type="checkbox"/> 現在の症状に対するある程度の検査と治療	<input type="checkbox"/> 相談して決めたい

ご記入頂きましてありがとうございました。

厚別中央通どうぶつ病院