


【初診問診票】 ●言葉の話をしないご家族の為に、なるべく詳しくご記入下さい●

フリガナ：.....	緊急：
飼主名：	電話：
ご住所： 〒	
ご職業：	

動物種： <input type="checkbox"/> 犬 <input type="checkbox"/> 猫 <input type="checkbox"/> ウサギ <input type="checkbox"/> フェレット <input type="checkbox"/> ハムスター <input type="checkbox"/> 鳥類() <input type="checkbox"/> その他()	
ペット名：	品種： 毛色： 性別： オス ・ 去勢オス ・ メス ・ 避妊メス
生年月日： 年 月 日 歳	同居動物： 有 () ・ 無
飼育環境： 室内 ・ 屋外 ・ 両方	
食餌内容： ドライフード ・ 缶詰 ・ その他()	
食餌回数： 1 ・ 2 ・ 3 ・ 常時 ・ それ以上()	
今まで大きい病気にかかったことは？	

【予防歴】

狂犬病予防注射： 有 (年 月 日) ・ 無
混合ワクチン（最終接種日）： 有 (年 月 日) 種 ・ 無
フィラリア予防（最終投与）： 有 (年 月 日) ・ 無

【当院の事はどのようにお知りになりましたか？☑して下さい】

<input type="checkbox"/> ご近所 <input type="checkbox"/> タウンページ <input type="checkbox"/> インターネット <input type="checkbox"/> 五条看板 <input type="checkbox"/> 広告
<input type="checkbox"/> 知人様からのご紹介 (様 ちゃん)

【今日はどうされましたか？☑して下さい】

元気： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> わからない
食欲： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> わからない
排尿： <input type="checkbox"/> 普通尿 <input type="checkbox"/> 血尿 <input type="checkbox"/> 頻尿 <input type="checkbox"/> 出ていない (いつから？ :)
排便： <input type="checkbox"/> 良便 <input type="checkbox"/> 軟便 <input type="checkbox"/> 泥状便 <input type="checkbox"/> 水様便 <input type="checkbox"/> 出ていない (いつから？ :)
下に詳しい症状をご記入下さい (書ききれない場合は、裏面や別紙をお使い下さい)

