

可愛い患者さんに代わってお答えください



飼主名	フリガナ	住所	〒	
電話		携帯		

名前	ちゃん	性別	男の子・女の子		避妊・去勢手術はしていますか？ してる・してない・不明 (手術日：平成 年 月 日)
品種	生年月日 平成 年 月 日頃	年齢		才	

生活環境	入手方法は？	<input type="checkbox"/> ペットショップ <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"/> その他	
	飼い始めた時期	平成 年 月 日頃から	
	同居動物	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> いる ※具体的に 犬()頭、猫()頭、その他()	
	飼育場所	<input type="checkbox"/> 室内飼い <input type="checkbox"/> 屋外飼い <input type="checkbox"/> 屋外と室内両方	
食事	食事回数	1日()回	
	普段の食事	<input type="checkbox"/> ドライフード <input type="checkbox"/> ウェットフード(缶詰・レトルトなど) <input type="checkbox"/> 手作り <input type="checkbox"/> 処方食 <input type="checkbox"/> 人の食べ物 (具体的に) <input type="checkbox"/> その他 トッピングやおやつで与えているものがあれば ()	
	最近食事内容を変えましたか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい(具体的に)	
散歩は1日()回		計()分程度	
性格	その子の性格は？	<input type="checkbox"/> 大人しい <input type="checkbox"/> 人なつっこい <input type="checkbox"/> おくびょう <input type="checkbox"/> その他()	
保険	ペット保険に加入していますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ⇒ ①アニコム損保 ②その他()	



明細書 必要・不要

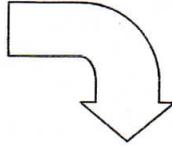
予防状況	混合ワクチンはしていますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ()種ワクチン 最後に接種したのは？ 平成 年 月 日
	狂犬病予防注射はしていますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい 最後に接種したのは？ 平成 年 月 日
	フィラリアの予防はしていますか？	<input type="checkbox"/> いいえ → 忘れてた・知らなかった <input type="checkbox"/> はい → 錠剤タイプ・おやつタイプ 最後に飲ませたのは？ 平成 年 月 日

※ お手数ですが2枚目もご記入下さい ※

本日の来院理由

- 健康チェック・相談
具合が悪そうだから

- 予防（混合ワクチン・狂犬病予防注射・フィラリア予防）



今回の症状について

どんな症状がありますか？ できるだけ具体的に教えてください	例：炎症や出血がある/かゆそうにしている/食欲がない/おしっここの色がおかしい など
その症状はいつ頃から始まりましたか？	
思い当たる原因がありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある（具体的に _____）
今回のことで他に病院にかかりましたか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい 差し支えなければ病院名を教えてください (_____ 病院)

過去の病歴について

過去、治療を受けた病気	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある（病名 _____）
手術したことがありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある（具体的に _____）
現在、治療中の病気はありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある（病名 _____）
現在、投薬しているお薬はありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある（薬品名 _____）
お薬や注射での副作用が出たことはありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある（具体的に _____）
アレルギーはありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある（具体的に _____）

当院を何で知りましたか？	<input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> 電話帳 <input type="checkbox"/> 知人の紹介（ _____） <input type="checkbox"/> 看板・広告 <input type="checkbox"/> 通りがかり <input type="checkbox"/> 他病院からの紹介（ _____ 病院） <input type="checkbox"/> ペット保険 <input type="checkbox"/> その他（ _____）
--------------	--

☆ ご記入ありがとうございました ☆

アニコム損保の保険証をお持ちの方は、この問診表といっしょに受付へご提出ください

