



初診問診票（ねこ）



年 月 日

■ 飼い主様情報

ふりがな		〒	-
お名前		ご住所	
電話番号		緊急のご連絡先	勤務先

■ ペットの情報

ふりがな			
お名前		品種	毛色
性別	オス ・ メス	不妊手術	<input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 済（ 年 月頃）
誕生日	西暦	年	月 日
保険	<input type="checkbox"/> 未加入 <input type="checkbox"/> 加入済（ <input type="checkbox"/> アニコム <input type="checkbox"/> アイペット <input type="checkbox"/> その他（ ））		
予防	<input type="checkbox"/> 混合ワクチン（ 種、最終接種日： 年 月 日） <input type="checkbox"/> フィラリア <input type="checkbox"/> ノミ・マダニ <input type="checkbox"/> その他（ ）		
入手方法	<input type="checkbox"/> 購入 <input type="checkbox"/> 譲渡 <input type="checkbox"/> 拾った <input type="checkbox"/> 自宅出産 <input type="checkbox"/> いつの間にか住み着いた <input type="checkbox"/> その他（ ）		
飼育場所	<input type="checkbox"/> 常に室内 <input type="checkbox"/> ほぼ室内 <input type="checkbox"/> 室内と屋外 <input type="checkbox"/> ほとんど屋外 <input type="checkbox"/> いつも屋外 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
食事	<input type="checkbox"/> ドライフード <input type="checkbox"/> ウェットフード <input type="checkbox"/> おやつ <input type="checkbox"/> 人間の食べ物 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
同居動物	<input type="checkbox"/> 犬（ 頭） <input type="checkbox"/> 猫（ 頭） <input type="checkbox"/> その他（ ）		
性格	<input type="checkbox"/> 人が好き <input type="checkbox"/> 人が苦手 <input type="checkbox"/> 動物が好き <input type="checkbox"/> 動物が苦手 <input type="checkbox"/> 人懐こい <input type="checkbox"/> おとなしい <input type="checkbox"/> 怖がり（固まる） <input type="checkbox"/> 怖がり（怒る） <input type="checkbox"/> その他（ ）		

■ 本日の来院理由

来院理由	<input type="checkbox"/> 予防（ <input type="checkbox"/> 混合ワクチン <input type="checkbox"/> フィラリア <input type="checkbox"/> ノミ・ダニ） <input type="checkbox"/> 診察 <input type="checkbox"/> 健康診断 <input type="checkbox"/> グルーミング（爪切りなど） <input type="checkbox"/> その他（ ）		
------	---	--	--

「診察」とお答えの方はご記入ください

主訴	<input type="checkbox"/> どのような症状ですか？		
	<input type="checkbox"/> いつ頃からですか？		
	<input type="checkbox"/> この症状の治療歴はありますか？		
既往歴はありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある（ ）		
現在投薬中の薬はありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある（ ）		
今まで注射や薬で具合が悪くなったことはありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある（ ）		

その他、不安なことや心配なこと、お気づきの点など、ご自由にご記入ください。

■ どのように当院を知りましたか？ ホームページ 知人から 以前かかっていた その他（ ）

■ 当院からのお知らせなどをお送りしてもよろしいですか？ はい いいえ