

初診問診票

カルテNo.

年 月 日

☆当院では、月に1回身分証の確認を行っております。
問診票と一緒にご掲示をお願いいたします。

フリガナ		自宅電話番号	
飼主名		携帯電話	
住所	〒	緊急連絡先	
	アパート名		

ペット名	ちゃん	動物種	犬・猫・フェレット・ウサギ
性別	オス・メス・不明		ハムスター・鳥・その他()
去勢・避妊手術	している・していない	品種	
生年月日	年 月 日生まれ ()才		
保険に加入していますか？	<input type="checkbox"/> アニコム <input type="checkbox"/> アイペット <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 加入していない		
※アニコム・アイペットの保険証をお持ちの方はご掲示ください。			

本日ご来院の理由			
今回の症状で他院を通院中・通院したことがありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 病院名()		
ペットの入手方法	<input type="checkbox"/> 買った 入手先() <input type="checkbox"/> もらった <input type="checkbox"/> 拾った <input type="checkbox"/> 自宅で生まれた		
マイクロチップ	<input type="checkbox"/> 装着あり <input type="checkbox"/> なし 識別番号		
	<input type="checkbox"/> 装着希望する <input type="checkbox"/> 装着希望しない <input type="checkbox"/> 相談したい		
フード	<input type="checkbox"/> 缶詰 <input type="checkbox"/> ドライ <input type="checkbox"/> 半生 <input type="checkbox"/> 人の食物 <input type="checkbox"/> その他()		
過去の病気・ケガ	<input type="checkbox"/> あり() <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明		
過去のアレルギー・副作用	<input type="checkbox"/> あり() <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明		
過去1年以内の予防接種歴	狂犬病 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし (最終接種日:)	混合ワクチン <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし (最終接種日:)	
フィラリア予防	<input type="checkbox"/> 毎年している <input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> 不明		

その他ご心配、ご要望などあればご記入ください。

まさき動物病院