

初診問診票

わかる範囲で結構ですので、なるべく詳しく教えてください。

| | | | | | |
|---|---|----------------|-----------|-----------|--|
| 飼主様のお名前 | ふりがな | 電話番号/ 緊急連絡先 | | | |
| | | | | | |
| ご職業 | | | | | |
| ご住所 | 〒() 富山市 / () 市 | | | | |
| ●動物について | | | | | |
| なまえ | ちゃん | 生年月日/年齢 | 年 月 日 (才) | | |
| 動物種 | | 品 種 | | 色 | |
| 性 別 | <input type="checkbox"/> オス <input type="checkbox"/> 去勢済み(年 月) <input type="checkbox"/> メス <input type="checkbox"/> 避妊済み(年 月) | | | | |
| 性格 | <input type="checkbox"/> おとなしい <input type="checkbox"/> 人懐っこい <input type="checkbox"/> 神経質 <input type="checkbox"/> こわがり <input type="checkbox"/> 逃げる <input type="checkbox"/> 噛む <input type="checkbox"/> 暴れる <input type="checkbox"/> 凶暴 <input type="checkbox"/> わからない | | | | |
| ●ペットを飼い始めたきっかけは？ | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 買った <input type="checkbox"/> 自宅で生まれた <input type="checkbox"/> 里親 <input type="checkbox"/> もらった <input type="checkbox"/> 拾った・保護した <input type="checkbox"/> その他() | | | | | |
| ●食事の内容についてご記入下さい。 | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 1日 回 <input type="checkbox"/> 決まっていない | | | | | |
| 具体的な商品名を教えてください | | | | | |
| <input type="checkbox"/> ペレット | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 牧草・おやつ | | | | | |
| <input type="checkbox"/> その他(野菜など) | | | | | |
| ●ペット保険 アニコム ・ アイペット ・ その他()に加入していますか？ | | | | | |
| ●他に動物を飼っていますか？ ※寄生虫・うつる皮膚病・ウイルス病・食餌が原因の消化器病では、重要な質問です。 | | | | | |
| 名前 | 品種・性別・誕生日 | | 名前 | 品種・性別・誕生日 | |
| ① | 年 月 日 ② | | | 年 月 日 | |
| ●当院をどのようにお知りになりましたか？ | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 通りかかって <input type="checkbox"/> Webで見て(<input type="checkbox"/> yahoo、 <input type="checkbox"/> google) <input type="checkbox"/> 知人・ショップさんの紹介(ご紹介名) | | | | | |
| ●本日来院の目的を教えてください。 | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 具合が悪そうだから <input type="checkbox"/> 健康診断 <input type="checkbox"/> 駆虫 <input type="checkbox"/> その他 | | | | | |
| 具体的に | | | | | |

御協力ありがとうございました。より良い診療のためにこれらの情報はとても重要になります。

チェルシー アニマルクリニック