

かなで犬猫クリニック 問診票

No.

年 月 日

飼い主様お名前	電話番号	-	-
住所	緊急連絡先	-	-
ペットのお名前	生年月日	西暦	年 月 日(歳)
種類	性別	男の子 (<input type="checkbox"/> 去勢済 <input type="checkbox"/> 未去勢) 女の子 (<input type="checkbox"/> 避妊済 <input type="checkbox"/> 未避妊)	
品種 (毛色)	同居動物	<input type="checkbox"/> 犬(頭) <input type="checkbox"/> 猫(頭) <input type="checkbox"/> その他()	
ペット保険	<input type="checkbox"/> アニコム <input type="checkbox"/> アイペット <input type="checkbox"/> ペット&ファミリー <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 未加入		
食事内容	<input type="checkbox"/> ドライ <input type="checkbox"/> 缶詰 <input type="checkbox"/> 半生 <input type="checkbox"/> 療法食 (種類/) <input type="checkbox"/> 手作り		
生活環境	<input type="checkbox"/> 室内 <input type="checkbox"/> 屋外 <input type="checkbox"/> 両方		

ワクチン接種はしていますか?	<input type="checkbox"/> 狂犬病ワクチン 最終接種日 年 月 日 <input type="checkbox"/> 種混合ワクチン 最終接種日 年 月 日 <input type="checkbox"/> いいえ
フィラリア予防はしていますか?	<input type="checkbox"/> はい 最終投与日 年 月 日 <input type="checkbox"/> いいえ
ノミ・ダニの予防はしていますか?	<input type="checkbox"/> はい 最終投与日 年 月 日 <input type="checkbox"/> いいえ
今までに病気や手術をしたことがありますか?	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (病名・症状:)
現在、治療中の病気・怪我はございますか?	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (病名・症状:)
現在服用しているお薬はございますか?	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (お薬名:)
薬や注射で具合が悪くなったことはございますか?	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ()
その他アレルギーはございますか?	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ()
来院目的	<input type="checkbox"/> 予防接種 (狂犬病・混合ワクチン) <input type="checkbox"/> フィラリア予防 <input type="checkbox"/> ノミ・ダニ予防 <input type="checkbox"/> 診察 <input type="checkbox"/> 健診 <input type="checkbox"/> その他 ()
「診察」とお答えの方はご記入ください	・いつ頃から ・どんな症状ですか
当院を知ったきっかけ	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> インスタグラム <input type="checkbox"/> チラシ <input type="checkbox"/> 通りがかり <input type="checkbox"/> ご紹介(様より) <input type="checkbox"/> その他 ()
当院からDMなどをお送りしてもよろしいですか?	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
その他特に気になることはございますか?	