

受付での混雑を避けるためにご協力をお願いいたします。

# 受付問診票

PePeどうぶつ病院

診察券番号	飼い主様名	
		ちゃん

診察希望 →

具体的に教えてください。

検査希望

- |                                  |                                  |
|----------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 血液検査    | <input type="checkbox"/> 抗体検査    |
| <input type="checkbox"/> 糞便検査    | <input type="checkbox"/> 尿検査     |
| <input type="checkbox"/> フィラリア検査 | <input type="checkbox"/> その他 ( ) |

予防接種

- |                                       |
|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 狂犬病予防ワクチン    |
| <input type="checkbox"/> 混合ワクチン ( ) 種 |

予防薬

- |   |
|---|
| <input type="checkbox"/> フィラリア症予防薬 ( ) ヶ月分・シーズンまとめて           |
| <input type="checkbox"/> フィラリア<br>ノミダニ 混合予防薬 ( ) ヶ月分・シーズンまとめて |
| <input type="checkbox"/> ノミダニ予防薬 ( ) ヶ月分・シーズンまとめて             |

その他

- |                                      |                                |
|--------------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 定期薬 ( ) ヶ月分 |                                |
| <input type="checkbox"/> サプリメント ( )  |                                |
| <input type="checkbox"/> フード ( )     |                                |
| <input type="checkbox"/> 爪切り         | <input type="checkbox"/> 肛門腺絞り |

[ ]



# 初診問診票



お話ができない大切なご家族に代わってお答えください

No.

\*飼主様

年 月 日

フリガナ		電話番号	-	-	( )
お名前		①	-	-	( )
		②	-	-	( )
フリガナ					
ご住所	〒				
	※ビル・マンション名・部屋番号もご記入ください			家族構成 大人 人 子供 人	

\*患者様 (□に✓印をつけてください)

お名前 ちゃん	<input type="checkbox"/> 犬	種類 毛色	性別	不妊手術 (去勢・避妊)	
	<input type="checkbox"/> 猫		<input type="checkbox"/> オス	<input type="checkbox"/> 済 ( 年 月 日)	<input type="checkbox"/> 未
<input type="checkbox"/> その他			<input type="checkbox"/> メス		
生年月日 年 月 日	才	入手時期 《 年 月 日》			
混合ワクチン 最終接種日 □ 済 《 年 月 日》 □ 未		入手方法 <small>ショップ名</small> □ ショップ ( ) □ プリーダー □ 保健所・保護団体から □ 自身で保護			
狂犬病ワクチン 最終接種日 □ 済 《 年 月 日》 □ 未		□ 知人から □ 自宅で生まれた □ その他 ( )			
フィラリア症予防 □ している □ していない 最終投薬日 《 年 月 日》		お食事 □ ドライフード ( ) □ 半生フード ( ) □ 手作り ( ) □ ウェットフード ( ) □ 人間の食べ物 ( )			
保険加入 □ 有 《 》 □ 無		当院をお知りになったきっかけは? □ インターネット □ 知人から ( ) □ 前を通過して □ その他 ( )			
マイクロチップ □ 有 □ 無 □ 検討中					

① いつも生活している場所はどこですか?

室内 ( %)  屋外 ( %)  その他 ( %)

② 他にご家庭で飼っている同居動物はいますか?

犬 ( ) 猫 ( ) その他 ( )

③ 今まで病気になったことはありますか?

または現在治療中の病気はありますか? (ケガも含む)

④ 今までに薬や注射などで異常がみられたことがありますか?

例: じんましん・下痢等

いいえ  はい ⇒具体的に