

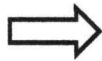
受付での混雑を避けるためにご協力をお願いいたします。

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

- 血液検査
- 抗体検査
- 糞便検査
- 尿検査
- フィラリア検査
- その他 ()

予防接種

- 狂犬病予防ワクチン
- 混合ワクチン ()種

予防薬

- フィラリア症予防薬 ()ヶ月分・シーズンまとめて
- フィラリアノミダニ混合予防薬 ()ヶ月分・シーズンまとめて
- ノミダニ予防薬 ()ヶ月分・シーズンまとめて

その他

- 定期薬 ()ヶ月分
- サプリメント ()
- フード ()
- 爪切り
- 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	緊急連絡先	-	-

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	犬 ()	猫 () その他 ()

*患者様 (□に✓印をつけてください)

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

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 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)

③ 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