

問 診 票

飼い主さま	名前	リガナ		住所	〒 ー						
	電話	【自宅】	ー	ー	職業	当院からワクチン（検査）時期のお知らせをお送りしてもよろしいですか？ はい / いいえ					
	電話	【携帯】	ー	ー	職業						
ご来院のきっかけ（あてはまるものに○をつけてください）					ペット保険	<input type="checkbox"/> 未加入 <input type="checkbox"/> 加入（保険名 _____）		生活環境	室内 室外		
病院ホームページ Calooペット 病院紹介サイト（ _____ ） ご紹介（ _____ 様） その他（ _____ ）											
にゃんちゃん	名前		品種		毛色		生年月日	お誕生日	年	月	日
	性別	オス	去勢オス	手術はいつ頃受けましたか？	メス	避妊メス	（オカ月の頃）	飼育開始日	年	月	日
							<input type="checkbox"/> この子が初めて <input type="checkbox"/> 他の子を以前に飼ったことがある <input type="checkbox"/> 現在、別の子も一緒に飼っている				

今日はどうされましたか？

- 具合が悪そう ➔ いつ頃から？
- 相談したい ➔ どんな症状ですか？ / どんな相談ですか？
- 健康チェック
- ワクチン接種
- ノミダニ予防
- ペットホテル
- 日常ケア（肛門腺絞り、爪切り、耳掃除）

ワクチンの接種歴

- 一番最後に接種した **混合ワクチン** は _____ 種混合ワクチンを、_____年____月頃
- 混合ワクチン以外に接種したワクチンがありますか？
_____を _____年____月頃 接種した

ノミ・ダニの予防はしていますか？

- はい ➔ お薬の名前がわかればお書きください。
- いいえ

いつも何を食べていますか？

- 缶詰 (商品名 _____)
- ドライフード (商品名 _____)
- おやつ、その他 (商品名 _____)

病気やケガをしたことありますか？

- はい ➔ いつ頃ですか？ _____年____月頃
- いいえ
- どんな症状でしたか？

今までに注射や薬などで具合が悪くなったことがありますか？

- はい ➔ どんなお薬ですか？
- いいえ
- どのように具合が悪くなりましたか？

【治療に対する飼い主様のお考えについて近い内容に**1つのみチェック☑**を入れてください。】

- 動物のための最善の医療を求めているので、できる限りの治療を希望します。
- 良い治療をしてあげたいが、できることに限界があるため、一般的な治療を希望します。
- 費用に制限があるため、毎回診療費を確認し、相談していきたい。
- ご家族側の要求する治療のみにしてもらいたい。

