



初診問診票

No. -

年 月 日

飼い主様のお名前	フリガナ	電話番号	
	さま	緊急連絡先	
ご職業		メールアドレス	
ご住所	〒 (-)		
ペット名	ちゃん	生年月日/年齢	年 月 日 () 才
品 種		同居日	年 月 日
性 別	<input type="checkbox"/> オス <input type="checkbox"/> メス <input type="checkbox"/> 不妊手術済 オス <input type="checkbox"/> 不妊手術済 メス 【 手術時期 年 月 日 】		
入手方法	<input type="checkbox"/> ペットショップ <input type="checkbox"/> ブリーダー <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"/> 保護した <input type="checkbox"/> その他 ()		

◆本日の来院理由

① 具合が悪い ② 健康チェック ③ ご相談 (検査結果などあればご提出ください)

①の場合

いつからですか	
どんな症状ですか	

◆該当する番号へ○を付けてください。

治療のご予算について	<input type="checkbox"/> ① 問わない <input type="checkbox"/> ② 相談の上 <input type="checkbox"/> ③ ご予算 (円まで)
------------	--

◆生活環境

飼育場所	<input type="checkbox"/> 屋内 <input type="checkbox"/> 屋外
食事	回数：1日（ ）回 内容： <input type="checkbox"/> ドライフード <input type="checkbox"/> 牧草 <input type="checkbox"/> 野菜 <input type="checkbox"/> おやつ <input type="checkbox"/> その他 お水： <input type="checkbox"/> ボトルから飲む <input type="checkbox"/> お皿から飲む
同居動物の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ある ※具体的に 犬（ ）匹 猫（ ）匹 その他の動物（ ）

◆病歴

過去、治療を受けた病気	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある（病名 ）
手術の有無	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある（具体的に ）
現在治療中の病気	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある（病名 ）
現在投薬中の薬	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある（薬品名 ）
お薬や注射での副作用	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある（具体的に ）
アレルギーの有無	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある（具体的に ）

◆当院を初めて知ったきっかけについて、下記の項目で該当するものにチェックをしていただけますと幸いです。

<input type="checkbox"/> 以前から知っていた	<input type="checkbox"/> ホームページ	<input type="checkbox"/> 知人からの紹介	<input type="checkbox"/> 病院の前にある看板
<input type="checkbox"/> 以前かかっていた	<input type="checkbox"/> 他院からの紹介（病院名： ）		
<input type="checkbox"/> クチコミサイト	<input type="checkbox"/> その他（ ）		

※そのほか気になること、獣医師へ相談したいことがあればご記入ください。

--

個人情報の取り扱いについて： 収集した個人情報は、ご本人の同意がない限り、病院業務以外の目的に使用しないと
 ともに第三者に提供および預託いたしません。 長居動物病院 院長