

さくら動物病院初診問診票

First interview sheet

お手数ですができるだけ詳しくご記入下さい。
分からない箇所は空白のままお持ち下さい。

飼い主様	ふりがな	
	氏名	

ペット			
名前		毛色	<input type="checkbox"/> 犬 <input type="checkbox"/> 猫 その他 ()
種類	<input type="checkbox"/> 犬 <input type="checkbox"/> 猫 その他 ()	飼育場所	
性別	<input type="checkbox"/> オス <input type="checkbox"/> メス	生年月日	年 月 日
種類	<input type="checkbox"/> 雑種 <input type="checkbox"/> 純血種 ()		

1	来院の目的は？
	<input type="checkbox"/> 具合が悪そうだから () <input type="checkbox"/> 予防接種 <input type="checkbox"/> 健康診断 <input type="checkbox"/> 不妊手術 <input type="checkbox"/> その他 ()

2	食事の内容は？
	<input type="checkbox"/> 犬猫用フード (ドライ 缶詰 半生) <input type="checkbox"/> 人の食べ物 1日 () 回 () 量

3	予防接種は？
	<input type="checkbox"/> 狂犬病 <input type="checkbox"/> パルボ <input type="checkbox"/> ジステンバー <input type="checkbox"/> 犬3種 <input type="checkbox"/> 犬5種 <input type="checkbox"/> 犬7種 <input type="checkbox"/> 猫3種 <input type="checkbox"/> 経験なし <input type="checkbox"/> 不明 <input checked="" type="checkbox"/> 最終接種日 年 月 日

4	フィラリアの予防はしていますか？ (犬のみ)
	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

5	フィラリアの予防薬は？ (犬のみ)
	<input type="checkbox"/> 月に1回 <input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 時々

6	過去に病気はしていますか？
	<input type="checkbox"/> あり (いつ頃、どんな) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明

7	過去に手術はしていますか？
	<input type="checkbox"/> あり (いつ頃、どんな) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明

8	過去に輸血はしていますか？
	<input type="checkbox"/> あり (いつ頃、どこで) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明