

問 診 票

平成 年 月 日

■ 飼い主様について

お名前	ふりがな	TEL	自宅
			携帯
ご住所	〒		

■ 患者様について (□の中に✓をいれてください)

お名前	生年月日		品 種	性 別
		<input type="checkbox"/> イヌ <input type="checkbox"/> ネコ		<input type="checkbox"/> オス <input type="checkbox"/> 去勢オス <input type="checkbox"/> メス <input type="checkbox"/> 避妊メス
<p>■ 今まで病気をしたことがありますか？ <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (どのような)</p> <p>■ 現在治療中の病気、服用中のお薬はありますか？ <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (どのような)</p> <p>■ 薬やワクチンに対してアレルギーを起こしたことはありますか？ <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (どのような)</p> <p>■ ペット保険に加入されていますか？ <input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> している (会社名/保険名)</p> <p>■ 今日はどうしましたか？ <input type="checkbox"/> 混合ワクチンを受けたい <input type="checkbox"/> 狂犬病ワクチンを受けたい <input type="checkbox"/> フィラリア予防をしたい <input type="checkbox"/> 健康診断を受けたい <input type="checkbox"/> 具合が悪い (どこが) (どのように) <input type="checkbox"/> その他</p>				