

# 初診時間診表

お手数ですができるだけ詳しくご記入ください。

## ■飼い主様

ふりがな
氏名

## ■ペットについて

名前		毛色	<input type="checkbox"/> 白	<input type="checkbox"/> 黒	<input type="checkbox"/> 茶色
種類	<input type="checkbox"/> 犬 <input type="checkbox"/> 猫	飼育場所	<input type="checkbox"/> 室内 <input type="checkbox"/> 室外（室内と屋外の比率 : ）		
性別	<input type="checkbox"/> オス <input type="checkbox"/> メス	生年月日	年	月	日
種類	<input type="checkbox"/> 犬 ⇒ <input type="checkbox"/> 雑種 <input type="checkbox"/> 純血種（ ） <input type="checkbox"/> 猫 ⇒ <input type="checkbox"/> 雑種 <input type="checkbox"/> 純血種（ ）				

問診	来院の目的は？
----	---------

1	<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（ ）
---	--

問診	食餌の内容は？
----	---------

2	<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
---	---

問診	予防接種は？
----	--------

3	<input type="checkbox"/> 狂犬病 <input type="checkbox"/> パルボ <input type="checkbox"/> ジステンパー <input type="checkbox"/> 犬3種 <input type="checkbox"/> 犬5種 <input type="checkbox"/> 犬7種 <input type="checkbox"/> 猫3種 経験なし <input type="checkbox"/> 不明 ■最終接種日 年 月 日
---	--

問診	フィラリアの予防はしていますか？（犬のみ）
----	-----------------------

4	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
---	--

問診	フィラリアの予防薬は？
----	-------------

5	<input type="checkbox"/> 月に1回 <input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 時々
---	---

問診	過去に病気はしていますか？
----	---------------

6	<input type="checkbox"/> あり（いつ頃、どんな ） <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明
---	--

問診	過去に手術はしていますか？
----	---------------

7	<input type="checkbox"/> あり（いつ頃、どんな ） <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明
---	--

問診	過去に輸血はしていますか？
----	---------------

8	<input type="checkbox"/> あり（いつ頃、どこで ） <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明
---	--