

# 問診表 (初診の方)

\* ◇にチェックを入れるか、書き込んでください。

- 本日の来院理由は? ◇予防接種 ◇健康診断 ◇フィラリア (検査・薬)  
◇その他 ( )
- どこで入手しましたか? ◇買った (ショップ名: )  
◇もらった ◇自宅で生まれた ◇拾った  
◇その他 ( )
- いつ入手しましたか? (購入日、譲り受けた日など: )
- 食餌の内容は? 一日 回  
◇ドライ (商品名: )  
◇缶タイプ (商品名: )
- おやつは与えていますか? ◇はい ◇いいえ  
(具体的に: )
- 他に動物は飼っていますか? ◇いない ◇いる (動物種: )
- いつも居る場所は? ◇屋外 ◇屋内 ◇両方
- どうして当院をお知りになりましたか? ◇看板を見て ◇電話帳 ◇広告 ◇ホームページ  
◇紹介 (紹介者: )  
◇その他 ( )
- 今までに病院に行かれたことがありましたか? ◇ある ◇ない ◇わからない  
(病院名: 動物病院)
- 過去の病歴は? ◇ある ◇ない ◇わからない  
(いつ、どんな: )
- 過去の手術歴は? ◇ある ◇ない ◇わからない  
(去勢・不妊手術含む) (いつ、どんな: )
- 予防接種はしてありますか? ◇してある ◇していない ◇わからない  
(最終接種日、種類など: )
- フィラリアの予防はしてありますか?  
◇してある ◇していない ◇わからない
- 動物用保健に加入されていますか? ◇してある ◇していない  
保健に加入している方は、本日保険証券はお持ちですか? ◇ある ◇ない
- 今後、葉書等にてフィラリア検査、予防接種などのご案内をしてもよろしいですか?  
◇はい ◇いいえ

ありがとうございました。お呼び致しますのでもうしばらくお待ちください。

なお、診療内容等により多少順番が前後する場合がございますのでご了承下さい。

パ ス カ ル 動 物 病 院