

問診票

Interview sheet



[飼主様情報]

フリガナ	〒	-
お名前	住所	
※ペット保険加入者の方はご契約者名をご記入ください		
第一連絡先 ()	第二連絡先 ()	ご職業
お名前 (カナ)	お名前 (カナ)	
当院をどこで最初に 知りましたか?	<input type="checkbox"/> ホームページ	<input type="checkbox"/> インスタグラム
	<input type="checkbox"/> 直接見て	<input type="checkbox"/> 路面看板
	<input type="checkbox"/> Google map	<input type="checkbox"/> Caloo pet
	<input type="checkbox"/> 知人のご紹介	<input type="checkbox"/> 紹介カード
	<input type="checkbox"/> 同居犬・猫で既に来院	<input type="checkbox"/> 内覧会
		<input type="checkbox"/> その他

[ペット情報]

お名前	品 種	(毛色:)
生年月日 年 月 日 (才)	ペット保険	<input type="checkbox"/> アニコム <input type="checkbox"/> アイペット <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 未加入
性 別 <input type="checkbox"/> 未去勢オス <input type="checkbox"/> 去勢オス <input type="checkbox"/> 未避妊メス <input type="checkbox"/> 避妊メス	性 格	<input type="checkbox"/> 人なつっこい <input type="checkbox"/> 恐がりさん <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> おとなしい <input type="checkbox"/> 怒りっぽい ()
動物種 犬 ・ 猫	どこから きましたか?	<input type="checkbox"/> ペットショップ() <input type="checkbox"/> プリーダー <input type="checkbox"/> 知人() <input type="checkbox"/> 保護・野良

[ご来院目的]

- 具合が悪い 健康診断 ワクチン フィラリア・ノミダニ セカンドオピニオン トリミング

具合が悪いとお答えの方 良い治療を行うために必要な内容となっております。お手数おかけ致しますが、分かる範囲でお答え下さい。

症 状 (例:下痢気味・嘔吐など)	いつ (例:昨日の晩から)
治療・検査 について	<input type="checkbox"/> 必要な検査は全てして欲しい <input type="checkbox"/> 検査と費用を相談しながら決めていきたい <input type="checkbox"/> 検査はあまり望まない

[その他] 分からないものは無記入でお願いします。

Q1 いつも食べているものは何ですか?

- ドライフード 缶詰 その他
(商品名) () ()

Q2 他に動物を飼っていますか?

- はい() いいえ

Q3 行っている予防をチェックしてください

- 狂犬病ワクチン 混合ワクチン(種混合)
 フィラリア ノミダニ

Q4 合わないお薬はありますか?

- はい() いいえ

Q5 今までに受けた手術やかかった病気があれば教えてください

Q6 その他、伝えておきたい事はありますか?

Q7 マイクロチップは挿入済みですか?

- はい いいえ

Q8 DM受け取り不可の方のみチェックをご記入ください▶

ご協力ありがとうございました

No. 年 月 日

【総合・歯科・皮膚科】

サーカス動物病院 どうぶつの皮膚科 耳科 アレルギー科

公式 LINE から
診察予約ができます

