

カルテ No. -

# 問診票

初診日 年 月 日

緊急の治療が必要な際は、記入前にスタッフにお伝えください。

## 飼主様情報

フリガナ			
名前	様		
住所	〒	-	
電話番号	-	-	
携帯番号	-	-	

## 患者様情報

フリガナ			
名前	ちゃん		
動物種	<input type="checkbox"/> 犬 <input type="checkbox"/> 猫 <input type="checkbox"/> うさぎ <input type="checkbox"/> その他 ( )		
品種			
性別	<input type="checkbox"/> オス <input type="checkbox"/> メス	去勢・避妊	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未
生年月日	西暦 年 月 日 ( 歳) <input type="checkbox"/> 不明		
毛色	<input type="checkbox"/> 白 <input type="checkbox"/> 黒 <input type="checkbox"/> 茶 <input type="checkbox"/> 灰 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
マイクロチップ	<input type="checkbox"/> 装着あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明		
ペット保険	<input type="checkbox"/> 加入あり (保険会社: ) <input type="checkbox"/> なし		

できるだけ具体的にご記入ください。

本日はどうされましたか?
<input type="checkbox"/> 病気の相談 <input type="checkbox"/> 予防 <input type="checkbox"/> セカンドオピニオン <input type="checkbox"/> その他
今までに病気や怪我をしたことはありますか?
<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
食事は何を与えていますか?
<input type="checkbox"/> ペットフード (商品名: )
<input type="checkbox"/> 手作り食 ( )
<input type="checkbox"/> おやつ ( )
同居動物はいますか?
<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 犬 匹 <input type="checkbox"/> 猫 匹 <input type="checkbox"/> うさぎ 羽
<input type="checkbox"/> その他 ( ) 匹
<input type="checkbox"/> いいえ
ご来院のきっかけはなんですか?
<input type="checkbox"/> お住まいの近く <input type="checkbox"/> 偶然通りかかった
<input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> インスタグラム <input type="checkbox"/> 動物病院情報サイト
<input type="checkbox"/> ご紹介 ( ) 様 <input type="checkbox"/> その他 ( )
お誕生日や予防の時期などにお知らせをお送りしてもよろしいですか?
<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
InstagramなどのSNSでお写真を使用してもよろしいですか?
<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ



山の内どうぶつ病院

YAMANOUCHI ANIMAL HOSPITAL