

# 初診時間診票

お手数ですができるだけ詳しくご記入下さい

ふりがな
お名前

問診	本日のご来院の目的は？
1	<input type="checkbox"/> 具合が悪そうだから(具体的に: <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	普段のお食餌の内容は？
2	<input type="checkbox"/> 犬猫用フード (ドライ・缶詰・半生) →フード名( <input type="checkbox"/> 人の食べ物 (具体的に:

問診	予防接種はされていますか？
3	<input type="checkbox"/> 狂犬病(最終接種日 年 月 日) <input type="checkbox"/> 犬混合ワクチン(最終接種日 年 月 日) <input type="checkbox"/> 猫混合ワクチン(最終接種日 年 月 日) <input type="checkbox"/> 経験なし <input type="checkbox"/> 不明

問診	フィリアの予防はされていますか？
4	<input type="checkbox"/> はい(錠剤・おやつタイプ・注射・スポット剤) <input type="checkbox"/> 以前はやっていたが今はしていない <input type="checkbox"/> いいえ

問診	現在治療中の病気・ケガはございますか？
5	<input type="checkbox"/> あり(いつ頃から、どんな →服用中のお薬( <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明

問診	過去に病気・ケガをしたことがございますか？
5	<input type="checkbox"/> あり(いつ頃、どんな <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明

問診	過去に手術はされていますか？
6	<input type="checkbox"/> あり(いつ頃、どんな <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明

問診	今までに薬や注射などでショック等の異常が見られたことがございますか？
7	<input type="checkbox"/> あり(薬品名等具体的に <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明