

問診票(初診用)

飼い主様のお名前	ふりがな	電話番号	電話①	
			電話②	
ご住所	〒			
来院方法	<input type="checkbox"/> 電車 <input type="checkbox"/> 車 <input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> その他	通院時間	約	時間 分

ペットのお名前		生年月日	年 月 日(約 才)	
品種		性別	<input type="checkbox"/> オス : <input type="checkbox"/> メス	
入手方法	<input type="checkbox"/> 買った <input type="checkbox"/> もらった <input type="checkbox"/> 拾った・保護した <input type="checkbox"/> 自宅で生まれた <input type="checkbox"/> その他()			

性格	<input type="checkbox"/> おとなしい <input type="checkbox"/> 人なつっこい <input type="checkbox"/> 神経質 <input type="checkbox"/> 恐がり <input type="checkbox"/> かむ <input type="checkbox"/> 暴れる <input type="checkbox"/> わからない			
同居動物	鳥()羽 ウサギ()羽 ハムスター()頭 その他()			
飼育環境	<input type="checkbox"/> 屋内 <input type="checkbox"/> 屋外 <input type="checkbox"/> 両方	ケージから出す時間	一日()回、()分程度	

食事	<input type="checkbox"/> ペレット <input type="checkbox"/> 種子類 <input type="checkbox"/> 牧草 <input type="checkbox"/> ハーブ <input type="checkbox"/> 人間の食事 <input type="checkbox"/> その他()			
	食事の商品名・メーカー名()			

感染症検査歴	<input type="checkbox"/> 検査をしたことがある(例:PBFD オウム病 メガバクテリア エンセファリトゾーン) <input type="checkbox"/> 検査をしたことがない
--------	---

今回の診療内容	<input type="checkbox"/> 調子が悪い(具体的に)
	<input type="checkbox"/> かかりつけの動物病院に紹介されたから <input type="checkbox"/> 健康診断 <input type="checkbox"/> 治療方法のセカンドオピニオンとして
病歴	<input type="checkbox"/> 目の病気 <input type="checkbox"/> 皮膚病 <input type="checkbox"/> 消化器の病気(下痢・嘔吐) <input type="checkbox"/> 心臓の病気 <input type="checkbox"/> 腎臓の病気
	<input type="checkbox"/> 泌尿器の病気(尿石など) <input type="checkbox"/> 神経の病気 <input type="checkbox"/> 腫瘍 <input type="checkbox"/> 伝染病(カゼなど) <input type="checkbox"/> 寄生虫 <input type="checkbox"/> 事故
	<input type="checkbox"/> その他の病気()
	<input type="checkbox"/> 注射などによるショック、異常がでたことがある

その他、気になっている点があれば記入してください

ご希望の検査方針(先生におまかせ・最小限・最大限・相談で)
ご希望の治療方針(先生におまかせ・最小限・最大限・相談で)

ご記入ありがとうございました。お呼びするまで今しばらくお待ちください。