



言葉が話せない患者さんに代わってお答え下さい

No. _____ 年 月 日

飼い主様の お名前	ふりがな	ご住所 〒	
TEL		携帯番号	ご職業

わんちゃんのお名前	品種	毛色	性別(○印) オス・メス 去勢・避妊済	生年月日 年 月 日	性格(番号に○印) 1. おとなしい〜普通 2. 神経質 3. 攻撃的

当てはまる番号に○をしてください

■本日のご来院は？

- 1.具合が悪そうだから いつから? _____
 どこが悪そうですか? _____
 どんな症状ですか? _____

- 2.健康チェック・相談
 3.ワクチン
 4.その他()

■今回の来院目的以外に病気が発見された場合どうしますか？

- 1.一緒に治療して欲しい 2.次回治療したい 3.しばらく様子を見たい

■いつもの生活場所はどこですか？

- 1.室内 2.ケージ 3.庭で放し飼い 4.庭の犬舎 5.その他()

■入手方法は？

- 1.買った 2.もらった 3.自宅で生まれた 4.拾った 5.いつのまにか住みついた

■ワクチン接種はしていますか？

<混合ワクチン>

- 1.はい(年 月 日頃 ____種混合)
 ↳証明書はお持ちですか?
 【1.はい 2.いいえ 3.今持っていない】

- 2.いいえ
 3.わからない

<狂犬病予防注射>

- 1.はい(年 月頃) 2.いいえ 3.わからない

■いつもの食事は？

- 1.ドライフード → (メーカー又は商品名)
 2.缶詰 → (メーカー又は商品名)
 3.人の食べ物 (具体的に) _____
 4.その他・おやつ等 (具体的に) _____

■今までに病気や手術をうけたり、交通事故やケガをしたことはありますか？

- 1.はい → (具体的に) _____
 2.いいえ

■今までに注射や飲み薬などで異常が出たことがありますか？

- 1.はい → (具体的に) _____
 2.いいえ

■どのようにして当院をお知りになりましたか？

- 1.ご紹介 _____ 様 _____ ちゃん 2.前を通過して 3.他の病院からの紹介 4.看板を見て
 5.電話帳を見て 6.インターネットを見て 7.その他()

< 当院からのワクチン接種・フィラリア予防・健康診断などのお知らせの送付を希望しますか? >

- 1.はい 2.いいえ

※こちらにご記入いただいた情報は当院の診療及び当院からのお知らせをお送りする以外には使用致しません

ご協力ありがとうございました

アップル動物病院