

健康診断 問診票

言葉を話すことができない動物の診療では特に問診が大切です。
わかる範囲内でできるだけ詳しく状態をお知らせください。

ペットのお名前		年齢	性別
ちゃん		才	オス・メス
動物の種類	犬・猫・その他()		避妊去勢手術
種類			未・済
飼い主様のお名前	様		
ご住所		電話番号	- -
動物をどこで入手しましたか?	<input type="checkbox"/> もらった <input type="checkbox"/> 自宅で生まれた <input type="checkbox"/> 拾った <input type="checkbox"/> 買った		
外出はしますか?	<input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない		
食事について	<input type="checkbox"/> ドライ <input type="checkbox"/> 半生タイプ <input type="checkbox"/> 缶詰 <input type="checkbox"/> 人間の食べ物 <input type="checkbox"/> 動物用おやつ		
フードの名前を教えてください	()		
1日	回	1日あたりどのくらい食べますか? ()	
好物は何ですか? (具体的にお願いします)			
1日のおしっこ・うんちの回数は? (オス犬の1回の散歩中での排尿は1回として下さい。)			
おしっこ1日に	<input type="checkbox"/> 1~2回くらい <input type="checkbox"/> 4回くらい <input type="checkbox"/> それ以上		
うんち1日に	<input type="checkbox"/> 1回以下 <input type="checkbox"/> 1~2回 <input type="checkbox"/> 3回以上		
他に動物を飼っていますか?	<input type="checkbox"/> 犬 匹 / <input type="checkbox"/> 猫 匹 / <input type="checkbox"/> 小鳥 羽		
	<input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> その他 ()		
いつもいる場所は?	<input type="checkbox"/> 室内 <input type="checkbox"/> 屋外		
運動はしていますか?	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> しない		
はい・ときどきと回答した方	1日	回	1回 分位
病気やケガをしたことがありますか?	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
ありと回答した方	いつ頃 ()		どんな? ()
一年以内に予防注射はしていますか?	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> わからない		
はいと回答した方	<input type="checkbox"/> 狂犬病 <input type="checkbox"/> 混合ワクチン		
フィラリア予防はしていますか?	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> わからない		
何かご心配なところはありますか?			