

問 診 票

◆わんちゃんの予防に関してお聞きします

わんちゃんのお名前：

混合ワクチン 接種に関して	混合ワクチン接種は受けていますか？ <input type="checkbox"/> 3種 <input type="checkbox"/> 5種 <input type="checkbox"/> 6種 <input type="checkbox"/> 7種 <input type="checkbox"/> 8種 <input type="checkbox"/> 9種 <input type="checkbox"/> 接種していない (最終接種時期： 年 月頃)
狂犬病ワクチン 接種に関して	狂犬病予防接種は受けていますか？ <input type="checkbox"/> 接種している (最終接種時期： 年 月頃) <input type="checkbox"/> 接種していない
ワクチン接種 副作用に関して	ワクチン接種で今までにアレルギー等が出たことはありますか？ <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (いつごろですか？ 年 月頃)
フィラリア 予防に関して	フィラリア予防はどうされていますか？ <input type="checkbox"/> 検査を受けた (最終検査時期： 年 月頃) <input type="checkbox"/> 予防している (お薬の種類：) <input type="checkbox"/> 予防していない
ノミ・ダニ 予防に関して	ノミ・ダニ予防はしていますか？ <input type="checkbox"/> 予防している (お薬の種類：) <input type="checkbox"/> 予防していない

◆その他

◆どんな食事をしていますか？ <input type="checkbox"/> ドライフード <input type="checkbox"/> ウェット・缶詰 <input type="checkbox"/> 手作食 <input type="checkbox"/> 人間の食べ物 特に好きな食べ物はなんですか？ ()
◆過去に大きな病気や怪我をしたり、現在病気や怪我はありますか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい --- 具体的に
◆当院をどこでお知りでしたか？ <input type="checkbox"/> 知人の紹介 (紹介者のお名前：) <input type="checkbox"/> 新聞折込チラシ <input type="checkbox"/> 散歩中配布チラシ <input type="checkbox"/> ポスティングチラシ <input type="checkbox"/> 当院看板&ポスター <input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> EPARK <input type="checkbox"/> その他 ()
◆当院から予防やセミナー案内などのDMを送付させていただいてもよろしいですか？ <input type="checkbox"/> はい (<input type="checkbox"/> 登録メールアドレスに送信 <input type="checkbox"/> その他のアドレス ()) <input type="checkbox"/> いいえ