



問診票



名前	ふりがな	性別	男・女・その他（ ）	
住所	〒	生年月日	() 歳 年 月 日	
電話番号				
メールアドレス				
* 当院を何で知りましたか？○をつけてください。 HP・チラシ・ペットカフェに来て知った・知人の紹介・その他（ ）				
* 今後、お得な情報などをお送りしてもよろしいですか？				<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
(1) いつ頃からどんな症状がありますか？				
(2) その他、気になる症状はありますか？				
(3) 現病歴 何か疾患はありますか？				
(4) 既往歴 過去にした病気やケガがあれば教えてください。 _____年頃 ケガ・病気名				
(5) 現在、飲んでいるお薬があれば分かる範囲で教えてください。				
(6) 食欲はありますか？		ある・普通・ない		
(7) 排便について教えてください。		便秘気味・快調・下痢		
(8) その他、気になることがあればお書きください。				
(9) 以下、女性の方にお聞きします。現在、妊娠している可能性はありますか？				はい・いいえ
(10) 生理についてお聞きします。		() 日周期		規則的・乱れている・ない
(11) 生理痛は辛いですか？			辛い・普通・軽い	

* 上記で知り得た個人情報について、治療目的以外には使用いたしません。