

初診問診票 (ワンちゃん)



飼い主様の情報

フリガナ			
お名前			
ご住所	〒	-	
ご連絡先	ご自宅	携帯	
勤務先	名称	電話番号	

ペットの情報

お名前		生年月日	年 月 日 (または約 才)
品種		性別	オス ・ メス 去勢・避妊はお済みですか? はい (才頃) ・ いいえ

ご来院の目的

具合が悪い ・ ケガ ・ 皮膚 ・ 眼 ・ 歯 ・ その他
混合ワクチン ・ 狂犬病注射 ・ フィラリア予防 ・ ノミ, マダニ予防 ・ 爪切りなど
具合が悪い場合、いつからどんな様子が詳しく教えてください

当てはまる項目に○をつけて、分かる範囲で記入してください。

1.どのような経緯でお家に来ましたか? また、時期はいつ頃ですか?	ペットショップ () ・ 知人から ・ 拾った 自宅で生まれた ・ ブリーダー 年 月頃
2.かかりつけの病院はありますか?	はい ・ いいえ (病院名)
3.病院や、他の人に対して緊張しますか?	はい ・ いいえ
4.混合ワクチンの接種はしていますか?	はい ・ いいえ ・ わからない 年 月頃(種)
5.狂犬病注射はしていますか?	はい ・ いいえ ・ わからない 年 月頃
6.フィラリアの予防はしていますか? 予防薬のタイプは何でしたか?	はい ・ いいえ ・ わからない 年 月 ~ 月 おやつタイプ ・ 注射 ・ 錠剤 ・ 滴下タイプ ・ 粉
7.ノミ, マダニの予防はしていますか?	はい ・ いいえ ・ わからない 年 月 ~ 月
8.今までに予防接種や飲み薬で具合が悪くなったことはありますか?	はい ・ いいえ
9.いつも過ごしている場所はどこですか?	室内で放し飼い ・ 室内のケージ ・ 外の犬舎 ・ その他 () ドライフード (メーカー・商品名)
10.どんな食事をしていますか?分かる範囲 でご記入ください。	ウェット ・ 缶詰 (メーカー・商品名) 人間の食べ物 (種類) 特に好きな食べ物 (種類)
11.排泄はどのようにしていますか?	室内のみ ・ 散歩中のみ ・ どちらでもできる
12.他に動物を飼っていますか?	はい ・ いいえ (動物種・頭数)
13.大きな病気やケガをしたことはありますか? ある場合、時期、内容について教えてください。	はい ・ いいえ ()
14.当院をどこで知りましたか?	電話帳など ・ ホームページ ・ 知人の紹介 ・ 看板 ・ 通りがかり
15.動物保険には加入していますか?	はい ・ いいえ (アニコム ・ アイペット ・ その他)
16.当院から予防の時期をお知らせするご案内 をお送りしてよろしいですか?	はい ・ いいえ