

問 診 票

フリガナ		電話番号① (優先)	
飼い主様の氏名		電話番号②	
ご住所	〒 ー		
ペットのお名前		種類	犬 / 猫
品種/毛色	/	性別	オス・去勢オス・メス・避妊メス・不明
年齢	才 (年 月 日生)	ペット保険	有 () / 無

1. 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その他 ()

2. いつから飼っていますか？

年 月 日 (約 年前)

3. どこで飼っていますか？

①室内 ②主に室内 (外出自由) ③室外 ④その他 ()

4. 普段食べている食事はなんですか？

①療法食 () ②市販食 () ③その他 ()

5. 混合ワクチン (予防接種) は行なっていますか？

①はい (毎年) ②はい (時々) ③いいえ ④不明

→①or②とお答えの方：種類と最終接種時期は？ (種混合 年 月ごろ)

6. 狂犬病予防接種は行なっていますか？ (犬の飼い主様のみお答えください)

①はい (毎年) ②はい (時々) ③いいえ ④不明

7. フィラリア予防はしていますか？

①はい (毎年) ②はい (時々) ③いいえ ④不明

8. ノミ・ダニの予防はしていますか？

①はい (毎月) ②はい (時々) ③いいえ ④不明

9. 本日の来院理由はなんですか？

①具合が悪い ②健康チェック ③ワクチン接種 ④その他 ()

①とお答えの方：いつ頃から、どんな症状ですか？ ()

10. 今まで他に病気やケガをしたことはありますか？

①はい () ②いいえ ③不明

11. 今まで注射や内服薬で副反応 (副作用) を起こしたことはありますか？

①はい () ②いいえ ③不明

12. かかりつけの病院はありますか？

①はい () ②いいえ ③不明

13. 当院を知ったきっかけはなんですか？

①通りがかり ②インターネット・HP ③ご紹介 () ④その他 ()

14. その他、不安なことや心配なこと、お気付きの点がございましたらご自由に記入ください