

初診問診票

年 月 日 No.

飼主様の情報	フリガナ	[自宅]	-	-
		[携帯]	-	-
〒 -				

動物の情報	フリガナ	[動物種] 犬/猫/その他	[性別] 男の子/女の子/不明
		[品 種]	[避妊・去勢] 未 / 済
	[生年月日] (歳)	[毛色]	[同居動物(本人含む)] (有/無)
	西暦 年 月 日		犬()匹/猫()匹/その他()匹

◆本日の来院理由 具合が悪い・セカンドオピニオン・健康診断・手術の相談・ワクチン・予防薬・その他
 ()

以下の質問にわかる範囲でご記入をお願いいたします。

- ◆お家に来た日 年 月 日頃 ・わからない
 - ◆お家に来た経緯 購入 ・ 譲渡 ・ 保護 どこから ()
 - ◆飼育環境 完全室内・屋外のみ・両方 (屋内 %・屋外 %)
 - ◆混合ワクチン 接種済み(前回： 年 月 日頃・ 種混合ワクチン)・未接種
 - ◆狂犬病ワクチン(犬のみ 接種済み(前回： 年 月 日頃)・未接種
 - ◆フィラリア予防(犬のみ 飲み薬・つける薬・注射・していない
最後に予防した日： 年 月 ・製品名：
 - ◆ノミ・ダニ 飲み薬・つける薬・その他()・していない
最後に予防した日： 年 月 ・製品名：
 - ◆食事内容 ドライ・ウェット(缶詰など)・半生・手作り・人と同じもの
製品名/内容： _____
 - ◆今まで大きなケガや病気をしたことがありますか？
ない・ある()
 - ◆ワクチンや薬、ごはんなどで具合が悪くなったことはありますか？
ない・ある()
 - ◆ペット保険に加入していますか？
加入(会社名：)・未加入
- ※(加入者のみ)保険会社から当院に問い合わせがあった場合、治療内容をお答えして良いですか？
はい・いいえ
- ◆ワクチンやフィラリア予防のお知らせをお送りしても良いですか？
はい・いいえ
 - ◆当院をどのようにして知りましたか？
ご紹介(様)・ネット検索・SNS・通りがかり・チラシ広告・道路沿いの看板