

# 初診問診票

No. \_\_\_\_\_

## 飼い主様

(ふりがな)

お名前 \_\_\_\_\_

〒 \_\_\_\_\_

ご住所 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

携帯電話 \_\_\_\_\_ ご職業 \_\_\_\_\_

## 動物さん

お名前 \_\_\_\_\_ ちゃん ( オス ・ メス ・ 不明 )

種類: \_\_\_\_\_ 品種: \_\_\_\_\_ 色: \_\_\_\_\_

生年月日: 西暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日生 \_\_\_\_\_ 不妊手術( 未 ・ 済 ・ 不明 )

主な飼育場所: \_\_\_\_\_ 屋外 ・ 屋内 \_\_\_\_\_

入手方法: \_\_\_\_\_ ペットショップ ・ ブリーダー ・ ご自宅 ・ 譲り受け ・ その他 ( \_\_\_\_\_ )

**該当する項目にご回答ください。 犬: 1~10 猫: 2~10 フェレット: 3~10 その他: 5~10**

1. 狂犬病ワクチンを昨年接種しましたか: \_\_\_\_\_ 接種済 \_\_\_\_\_ ・ 接種していない \_\_\_\_\_ ・ 不明 \_\_\_\_\_
2. ノミ・ダニの予防をしていますか: \_\_\_\_\_ していない \_\_\_\_\_ ・ している ( 飲み薬 \_\_\_\_\_ ・ スポット \_\_\_\_\_ )
3. 昨年のフィラリア症予防: \_\_\_\_\_ 注射 \_\_\_\_\_ ・ 飲み薬 ( 錠剤 \_\_\_\_\_ ・ 粉 \_\_\_\_\_ ・ おやつタイプ ) \_\_\_\_\_ ・ していない \_\_\_\_\_
4. 最後に混合ワクチンを接種した日: \_\_\_\_\_ 種 ( \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 ) \_\_\_\_\_ ・ 不明 \_\_\_\_\_ ・ していない \_\_\_\_\_
5. いつもの食事内容: \_\_\_\_\_ ドライ \_\_\_\_\_ ・ ウェット \_\_\_\_\_ ・ シード類 \_\_\_\_\_ ・ サプリメント \_\_\_\_\_ ・ 人の食べ物 \_\_\_\_\_  
詳細をご記入ください ( \_\_\_\_\_ )
6. 今まで注射などで、ショック症状などの副作用が出たことがありますか? \_\_\_\_\_ はい \_\_\_\_\_ ・ いいえ \_\_\_\_\_  
はい→具体的な症状 ( \_\_\_\_\_ )  
どのような薬品でしたか ( \_\_\_\_\_ )
7. 今までほかの病院で診察を受けたことがありますか? \_\_\_\_\_ ない \_\_\_\_\_ ・ ある ( \_\_\_\_\_ 動物病院 )  
→「ある」を選ばれた方はご記入をお願いします。  
>現在治療中ですか?  
治療中の方: 病名 ( 症状 ) \_\_\_\_\_ 使っている薬 \_\_\_\_\_  
>これまでに患ったことのある病気: 病名 ( 症状 ) \_\_\_\_\_  
病名 ( 症状 ) \_\_\_\_\_
8. 本日の来院理由  
具合が悪い ( いつから \_\_\_\_\_ )  
( 症状 \_\_\_\_\_ )  
健康診断・相談・セカンドオピニオン ( 内容 \_\_\_\_\_ )  
ワクチン・予防関連 \_\_\_\_\_  
その他 ( \_\_\_\_\_ )
9. 当院をどこで知りましたか 看板広告・SNS・caloo pet ・ホームページ・知人・その他 ( \_\_\_\_\_ )  
ご紹介の方はご記入ください \_\_\_\_\_ 様宅 \_\_\_\_\_ ちゃん \_\_\_\_\_
10. 加入保険 なし・アニコム・アイペット・その他 ( \_\_\_\_\_ )

ご協力ありがとうございました。この問診表を書き終えましたら、受付にお渡しください。