

# 初診問診票

年 月 日

|          |  |             |                 |   |
|----------|--|-------------|-----------------|---|
| 飼い主様のお名前 | フリガナ   |             | 電話番号            |   |
|          |  |             | 緊急連絡先           |   |
| ご住所      | 〒 (      -      )  |             |                 |   |
| ペット名     | ちゃん  | 生年月日<br>/年齢 | 年 月 日 (      才) |   |
| ペットの種類   | <input type="checkbox"/> 犬 <input type="checkbox"/> 猫 <input type="checkbox"/> フェレット <input type="checkbox"/> ウサギ <input type="checkbox"/> ハムスター <input type="checkbox"/> その他 (      ) |             |                 |   |
| 性別       | <input type="checkbox"/> オス<br><input type="checkbox"/> メス   | 品種          |                 | <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未<br>※ ♀の未の場合：発情の時期(      )月頃 |
|          |  | 毛色          |                 | 不妊手術時期  |

## ◆本日の来院理由

- ① 具合が悪そうだから  
 ② 健康チェック・相談  
 ③ ワクチン接種  
 ④ フィラリア予防

|           |  |
|-----------|--|
| いつからですか   |  |
| どこが悪そうですか |  |
| どんな症状ですか  |  |

## ◆生活環境

|         |  |
|---------|--|
| 飼育場所    | 屋内 (      )% / 屋外 (      )%  |
| 食 事     | 回数：1日(      )回<br>内容： <input type="checkbox"/> ドライフード <input type="checkbox"/> ウエットフード (缶詰・レトルトなど) <input type="checkbox"/> 手作り <input type="checkbox"/> その他 |
| 散 歩     | 1日(      )回、計(      )分程度   |
| 同居動物の有無 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ある ※具体的に <input type="checkbox"/> (犬 匹) <input type="checkbox"/> (猫 匹) その他の動物 (      )                  |

## ◆予防

|         |       |       |         |                           |       |
|---------|-------|-------|---------|---------------------------|-------|
| 狂犬病予防接種 | 前回接種日 | 年 月 日 | 混合ワクチン  | (      ) 種混合ワクチン<br>前回接種日 | 年 月 日 |
| フィラリア予防 | 前回投薬日 | 年 月 日 | ノミ・ダニ予防 | 前回投薬日                     | 年 月 日 |

## ◆病歴

|             |   |
|-------------|---|
| 過去、治療を受けた病気 | <input type="checkbox"/> ある(病名      ) <input type="checkbox"/> ない   |
| 手術の有無       | <input type="checkbox"/> ある(具体的に      ) <input type="checkbox"/> ない |
| 現在治療中の病気    | <input type="checkbox"/> ある(病名      ) <input type="checkbox"/> ない   |
| 現在投薬中の薬     | <input type="checkbox"/> (薬品名      ) <input type="checkbox"/> ない    |
| お薬や注射での副作用  | <input type="checkbox"/> ある(具体的に      ) <input type="checkbox"/> ない |
| アレルギーの有無    | <input type="checkbox"/> ある(具体的に      ) <input type="checkbox"/> ない |

◆当院をはじめて知ったきっかけについて、下記の項目で該当するものにチェックをしていただけますと幸いです。

|   |
|---|
| <input type="checkbox"/> 口コミサイト (カルーペット) <input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> 知人からの紹介<br><input type="checkbox"/> 店舗の前にある看板 <input type="checkbox"/> その他 (      ) <input type="checkbox"/> 以前かかっていた |
|---|

◆もしよろしければ、数ある動物病院の中から当院を選んでいただいた理由を教えてください。

|  |
|--|
|  |
|--|



ご協力ありがとうございました。