



初診問診票



ワガナ _____

飼い主様のお名前 _____

ご住所 〒 _____

お電話番号 _____

携帯番号 _____

ペットのお名前 _____ 種類 犬・猫・その他()

生年月日 _____年 _____月 _____日 品種 _____ 性別 オス・メス

1. いつから飼っていますか? _____年 _____月 _____日
2. 入手方法 購入(購入先 _____) もらった 保護 その他
3. 主に生活している場所は? 室内 室外
4. 同居の動物はいますか? はい(犬 _____匹 猫 _____匹 その他 _____匹)
いいえ
5. いつも食べているものは? ドライフード(商品名 _____) 療法食(商品名 _____)
缶詰(商品名 _____) その他(_____)
食事の購入先 → _____
6. 避妊/去勢はしていますか? はい(いつ頃ですか? _____) いいえ
7. 当院は何でお知りになりましたか?
タウンページ 近所 以前かかっていた 紹介(紹介者 _____)
当院のホームページ 同居動物がかかっている その他(_____)
8. 保険には加入していますか? はい(保険会社名 _____) いいえ
9. 当院からの情報・DM ハガキを送らせてもらってよろしいでしょうか? はい いいえ

10. ワクチン接種はしていますか?
①混合ワクチン はい(種類 _____種・いつ頃 _____年 _____月接種)
以前接種していた いいえ
②狂犬病ワクチン(わんちゃんのみ) はい(_____種・いつ頃 _____年 _____月接種)
以前接種していた いいえ
11. フィラリア予防はしていますか? はい(種類 錠剤 チュアブル 粉 スポット)
以前はしていた いいえ
12. ノミ・ダニ予防はしていますか? はい(商品名 _____) いいえ
13. 今まで病気をしたこと、手術をしたことはありますか?
はい(どのような内容で? → _____)
いいえ
14. 今まで注射やお薬などで副作用・アレルギー・ショックなどの異常が見られた事がありますか?
はい(どのような事で? _____)
いいえ
15. 当院来院前に通院されていた動物病院、かかりつけの先生はいらっしゃいますか?
はい(_____動物病院) いいえ

本日はどうされましたか?