

IDNo.

問診票

初診日:

ふりがな 氏名	ご住所			電話	—	—
	勤務先住所			電話	—	—
	その他の緊急連絡先			—	—	—
勤務先・ご職業	メールアドレス @					
ペット名	動物種	品種	♂ (男の子)	♂ (去勢済み)	♀ (女の子)	♀ (不妊済み)
生年月日 年 月 日	飼育開始日 【 歳】 年 月 日					

1. 普段生活している場所はどこですか？
 ①室内 ②ケージ ③庭でつないで ④庭で放し飼い
 ⑤その他 ()
2. どのように入手しましたか？
 ①購入 (どこから？) ()
 ②譲り受けた ③保護した ④自宅で生まれた
 ⑤その他 ()
3. 本日来院された理由をお教えてください。
 ①具合がわるそうだから
 それはどのような症状ですか？ ()
 ②健康診断 ③ワクチン (ワクチンの種類) ()
 ④その他 ()
4. 予防接種を受けたことがありますか？
 ①はい 予防接種の種類をお聞かせください
 (受けているものに○をつけて種類を書き込んでください)
 ・混合ワクチン () 種
 いつ接種しましたか？
 (年 月 日)
 ・狂犬病ワクチン
 ・その他 ()
5. フィラリア予防をなさっていますか？
 ①はい ②いいえ ③ ()年()月までしていた
 ④その他 ()
6. 去勢・不妊手術は受けていますか？
 ①はい (年 月 日) ②いいえ
7. 普段何を食べていますか？
 ①缶詰
 (商品名は？) ()
 ②ドライフード
 (商品名は？) ()
 ③その他
 () ()
8. 他の動物と一緒に生活していますか？
 ①はい (動物種は？) (数は？) ()
9. これまでに病気、怪我などをしたことはありますか？
 ①はい
 (病名は？) ()
 ②いいえ
10. 今までに注射や内服薬使用後に異常がみられたことがありますか？
 ①はい
 (どのような異常ですか？) ()
 ②いいえ
11. 当院をどのようにしてお知りになりましたか？
 () ()
 (ご紹介の方、媒体メディアなど)