



初診問診票



お手数ですが、以下のご質問に対し、あてはまる□に✓を、___には回答をご記入ください。
 ※ わからない場合などは、空欄のままで結構です。



① 飼主様情報

フリガナ _____ 〒 _____

◇ 飼主名 _____ ◇ 住所 _____

◇ 連絡先 ① ご自宅 _____ - _____ - _____ ② 携帯電話 _____ - _____ - _____
 ③ その他 _____ - _____ - _____ ※主な連絡先 □ ① □ ② □ ③

◇ ご来院きっかけ： □ ホームページ □ ご紹介(_____ 様) □ チラシ □ ポスター
 □ 歩いていて見つけた □ その他(_____)

② 動物情報

◇ 名前 _____ ◇ 種類： □ 犬 □ 猫 ◇ 品種： _____

◇ 性別： □ 雄 □ 雌 □ 去勢雄 □ 避妊雌 ◇ 毛色 _____

◇ 生年月日：20 ____年 ____月 ____日頃 ◇ 飼育開始日：20 ____年 ____月 ____日頃

◇ 食事： □ 缶詰 □ ドライ □ 手作り □ その他 → (種類など: _____)

◇ 性格： 家族に対して → □ 何をしても平気 □ 嫌なことは怒る □ 触ると怒る □ 攻撃的 □ 逃げる
 動物病院で → □ 何をしても平気 □ 嫌なことは怒る □ 触ると怒る □ 攻撃的 □ 逃げる

◇ 飼育環境： □ 室内 □ 室内ケージ □ 庭 □ 屋内外自由 □ 屋外 □ その他(_____)

◇ DM： 当院からお知らせなどをお送りしてもよろしいですか？ □ はい □ いいえ

◇ 動物保険： □ 未加入 □ 加入(保険名: _____)

◇ マイクロチップ： □ 無 □ 有(No. _____)

◇ 入手方法： □ ペットショップ □ ブリーダー □ 自宅で生まれた □ 保護 □ その他(_____)

◇ 予防関係

- ・狂犬病(犬のみ)： □ 未接種 □ 接種済(接種時期 20 ____年 ____月 ____日頃)
- ・混合ワクチン： □ 未接種 □ 接種(____種混合 20 ____年 ____月 ____日頃)
- ・フィラリア症予防： □ 未予防 □ 毎年予防
 → 予防薬種類： □ おやつタイプ(オールインワン) □ おやつタイプ □ 錠剤 □ スポット □ 注射
- ・ノミ・マダニ予防： □ 未予防 □ 毎年予防
 → 予防薬種類： □ おやつタイプ(オールインワン) □ おやつタイプ □ 錠剤 □ スポット □ 注射

◇ 既往歴： □ 無 □ 有 (_____)

◇ アレルギー： □ 無 □ 有(_____)

◇ 体質に合わない物： □ 無 □ 有(_____)

◇ 同居動物(犬猫以外も)： □ 無 □ 有(_____)



③ ご来院の内容

◇ ご来院目的： □ 予防 □ 治療 □ 相談 □ セカンドオピニオン □ その他
 詳細 (_____)

◇ 当院へのご希望： □ 可能な限り原因を調べてから治療 □ なるべく検査をせず治療優先
 ※ 病気の場合 □ 状況による □ その他(_____)

◇ 差し支えなければ、かかりつけ動物病院を教えてください(_____)