

問診票

🐾 お話のできないわんちゃん・ねこちゃんに代わって教えてください（おわかりになる範囲でご記入ください）

ふりがな		ご住所	〒
飼い主様のお名前			
お電話	緊急（	）	E-mail

🐾 わんちゃん・ねこちゃんについて

ふりがな		動物種	イヌ・ネコ	品種	
お名前	ちゃん	性別	オス・メス 不妊手術（未・済）	毛色	
		生年月日	年	月	日（才）
ペット保険	<input type="checkbox"/> 加入なし <input type="checkbox"/> アイペット <input type="checkbox"/> アニコム <input type="checkbox"/> ペット&ファミリー <input type="checkbox"/> その他（			マイクロチップ	あり・なし
性格	<input type="checkbox"/> おとなしい <input type="checkbox"/> 人懐こい <input type="checkbox"/> 怖がり <input type="checkbox"/> かむことがある <input type="checkbox"/> さわられるのが苦手 <input type="checkbox"/> わからない				
食事	1日	回	療法食を食べている場合→商品名（	おやつ	あり・なし
生活場所	<input type="checkbox"/> 室内 <input type="checkbox"/> 屋外 <input type="checkbox"/> 両方(外出自由)	同居動物	<input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> いる（		
おうちにきた経緯	ペットショップ / ブリーダー / もらった / 拾った・保護 / その他（				

🐾 本日はどうされましたか

- 具合が悪い
- 健康チェック・相談
- 狂犬病または混合ワクチン
- フィラリア、ノミ・ダニ予防

いつから・どこが・どんな様子か など

🐾 予防歴について

狂犬病	<input type="checkbox"/> している	(前回接種日	年	月)	<input type="checkbox"/> していない	<input type="checkbox"/> わからない
混合ワクチン	<input type="checkbox"/> している	種 (前回接種日	年	月)	<input type="checkbox"/> していない	<input type="checkbox"/> わからない
フィラリア	<input type="checkbox"/> している	<input type="checkbox"/> たまに	<input type="checkbox"/> していない	<input type="checkbox"/> わからない		
ノミ・ダニ	<input type="checkbox"/> している	<input type="checkbox"/> たまに	<input type="checkbox"/> していない	<input type="checkbox"/> わからない		

🐾 今までに大きなケガ・病気・手術はありましたか？ あれば下記にわかる範囲でお願いします

過去の病気等		手術の経験	
現在の病気等		現在の投薬	

🐾 ワクチン、薬、食べ物等で具合が悪くなった(アレルギーが出た)ことはありますか

- ある
- ない

いつ頃・何に対して・具体的な症状

🐾 来院したきっかけを教えてください（複数可）

- ホームページ ご近所 病院を見て SNS 以前かかっていた トリミング
- 知人の紹介（
- 様） その他（

◎当院から予防のご案内などを希望されますか？ 不要 要（ハガキ メール）

◎治療の様子や経過など個人が特定できない範囲で HP や SNS に掲載してもよろしいですか？ はい いいえ

※そのほかに気になること、相談したいことがあれば記入してください

お気をつけてお越しく下さい