

初診の方への問診表(犬、猫)

◎ご家族について教えてください。

ふりがな		●飼主の方のお名前		●飼主の方の生年月日		年	月	日	
●ご住所		〒	都	道	区				
		府	県		市				
建物名		部屋番号		●電話番号					
				●携帯・PHS					
				●e-mail					
●勤務先名 ※現在ご勤務されていない方はご家族の勤務先をお書き下さい。				●勤務先住所					
				●電話番号					
※飼主の方が未成年の方の場合のみご記入ください。									
●保護者の方のお名前									
※本日連れてきた方が飼主の代理の方の場合									
ふりがな		●代理人の方のお名前		●ご住所					
		様		●電話番号					
●飼い主の方とのご関係		□配偶者		□家族()		□友人・知人		□その他()	

◎動物について教えてください。

ふりがな		●お名前		●種類		□犬	□猫	□フェレット
ちゃん				●品種		●毛の色		
●性別		□オス		□メス		□わからない		
●不妊手術(去勢・避妊)はしていますか？		□いいえ		□はい(年 月のとき)		□わからない		
●生年月日はいつですか？		□		年 月 日		□わからない		
●いつから飼育していますか？		□		年 月 日		□わからない		
●どこから入手しましたか？		□買った (□ペットショップ:店名		□ブリーダー)				
		□拾った □もらった □自宅で生まれた		□その他()				
●予防接種をしていますか？		□はい		□いいえ		□わからない		
・予防接種の種類は？		狂犬病・パルボ・1種・2種・3種・4種・5種・7種・8種・不明						
・予防接種の証明書はありますか？		□あり		□なし		□今もっていない		
●フィラリアの予防をしていますか？		□はい		□いいえ		□時々		□わからない
●今までに病院にいったことがありますか？		□ある		□ない		□わからない		
・いつ頃ですか？		()						
・どちらの病院ですか？		()						
・どんな病気でしたか？		()						
・手術歴はありますか？		□ある		□ない		□わからない		
・それはいつ頃ですか？		(年 月ごろ)						
・どんな手術でしたか？		()						
●食事や薬でアレルギーを起こしたことがありますか		□いいえ		□はい(何で)		
●いつもいる場所はどこですか？		□屋外		□屋内		□屋外、屋内両方		□屋外には散歩のみ
●他に動物を飼っていますか？		□犬 匹		□猫 匹		□他 匹		□いない
●食事の内容は？		□ドライ □半生タイプ		□缶 :商品名				
		□人間の食べ物(具体的に)		
・食事以外になにかあげているものはありますか？		()						
●ノミはいますか？		□はい		□いいえ		□わからない		
・何か予防はしていますか？		□はい		□いいえ		□わからない		
・予防法は？		()						
●本日の来院の目的は？		□健康診断		□ワクチン		□フィラリア予防		□駆虫
		□その他()						
●ペット保険に加入していますか？		□はい(□アニコム □その他(保険会社名:)) □いいえ
●治療に対する費用はどれくらいまでかけられますか？		□特に制限なし		□費用の概算を教えてください		□制限あり(円までにおさえない)
●高度医療が必要な場合、大学病院などの紹介を希望しますか？		□はい		□いいえ				

◎本院を知ったきっかけについて教えてください。 □紹介(紹介者の方のお名前

□インターネット □看板 □電話帳 □近所・通りがかり □その他()

◎お知らせなどのおハガキを送ってもよろしいですか？ □はい □いいえ

ご記入ありがとうございました。 本日検便などを希望される方へは受付まで提出してください。