

初診問診表

年 月 日

★カルテを作成しますので、こちらにご記入をお願いします。

フリガナ			
飼い主様名			
ご住所	〒 ー ー		
電話番号	(自宅) ー ー (携帯) ー ー	ご職業	
メールアドレス			
ご来院のきっかけ	ご紹介(様より) ・ インターネット ・ 電話帳 ・ 近いから ・ その他()		

★ペットについて

お名前		毛色	
動物種	犬 ・ 猫 ・ その他()		
品種		性別	おす 去勢済 めす 避妊済
生年月日	年 月 日 (歳)		
入手経路	ペットショップ ・ 拾った ・ 知人より ・ ブリーダー ・ その他()		
動物保険	加入(保険会社名:) ・ 未加入		
マイクロチップ	装着している ・ 装着していない		
生活環境	室内のみ ・ 室内+お散歩 ・ 室内+自由に外出 ・ 屋外のみ		
お食事	1日()回 ご飯の名前() ドライ ・ 缶詰 ・ 手作り ・ その他()		
同居動物	いる→ □犬(頭) □猫(頭) □その他() ・ いない		

★今日はどうされましたか？(できるだけ詳しくご記入ください)

()

★病歴・予防について

今までにかかった病気はありますか？	いいえ ・ はい → 病名() いつですか()
薬や食べ物でアレルギーが出たことはありますか？	いいえ ・ はい → 何に対してですか()
ワクチン接種	毎年している ・ したことがある ・ したことがない ・ わからない → 1番最近の接種日(年 月 日) ワクチンの種類 犬【 5種 6種 7種 8種 9種 10種 狂犬病 】 猫【 3種 5種 白血病 】
フィラリア予防	毎年している ・ したことがある ・ したことがない ・ わからない 予防薬の種類【 チュアブル ・ 錠剤 ・ 粉薬 ・ 注射 】 薬剤名【 】
ノミ・ダニ予防	毎年している ・ したことがある ・ したことがない ・ わからない 予防薬の種類【 チュアブル ・ スポット ・ 錠剤 】 薬剤名【 】

★かかりつけの動物病院はありますか？

いいえ ・ はい (病院名:)

★治療についてのご希望

できるだけ積極的に治療したい ・ 費用を相談しながら治療したい ・ できるだけ費用をおさえて治療したい

