

# 初診問診票

西暦 年 月 日

カルテ No. \_\_\_\_\_

この問診票は、ペットを診察する上で、大切な資料となります。わかる範囲でご回答ください。



ワクチン等、当院からのお知らせをお送りしてもよろしいですか？  
はい ・ **いいえ**

## ◇飼い主様のご情報

ふりがな お名前	固定電話 ( _____ ) _____
【ご職業】	携帯電話 _____
ご住所(マンション・アパート名などもご記入ください)	
〒 _____	
_____ 県 _____ 市・郡	



## ◇ねこちゃんのご情報

ねこちゃんのお名前	ねこちゃんの種類	性別
		<input type="checkbox"/> オス <input type="checkbox"/> メス <input type="checkbox"/> 去勢済 <input type="checkbox"/> 避妊済
お誕生日	毛色	性格
西暦 年 月 日 ( 歳 )		<input type="checkbox"/> おとなしい <input type="checkbox"/> 逃げる <input type="checkbox"/> 噛む <input type="checkbox"/> その他
ペット保険	マイクロチップ	飼育場所
<input type="checkbox"/> 加入していない <input type="checkbox"/> 加入している(会社名: _____ )	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 完全室内 <input type="checkbox"/> 外飼 <input type="checkbox"/> 主に室内(外出有)

### ●本日はどうされましたか？

- ・健康チェック
- ・混合ワクチン接種
- ・ノミ・ダニ予防または駆除
- ・その他

( \_\_\_\_\_ )

### ●混合ワクチンを接種していますか？

- ・毎年している( \_\_\_\_\_ 種混合を \_\_\_\_\_ 月ごろ)
- ・時々している(最終接種は? \_\_\_\_\_ 年)
- ・していない

### ●フィラリア予防はしていますか？

- ・はい
- ・いいえ

### ●定期的なノミ・ダニ予防はしていますか？

- ・はい(市販の薬 / 動物病院の薬) \_\_\_\_\_
  - ・いいえ
- (最終予防日 \_\_\_\_\_ ころ)

### ●今までに大きな病気やケガをしたことがありますか？

- ・はい(いつ頃? \_\_\_\_\_)  
(病名は? \_\_\_\_\_)  
(かかっていた病院名 \_\_\_\_\_)
- ・いいえ

### ●今までに注射や薬で副作用が出た事がありますか？

- ・はい(詳しく \_\_\_\_\_)
- ・いいえ

### ●当院をどこでお知りになりましたか？

- ・ご紹介( \_\_\_\_\_ 様 \_\_\_\_\_ ちゃん)  
-ご紹介コメント \_\_\_\_\_
- ・インターネット
- ・通りがかり
- ・近所
- ・看板