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・フィラリア等、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

◇わんちゃんのご情報

わんちゃんのお名前	わんちゃんの種類	性別
		□ オス　□ メス □去勢済　□避妊済
お誕生日	**毛色**	**性格**
西暦 年　月　日（　歳）		□おとなしい　□怖がり □ 噛む　□その他

ペット保険	マイクロチップ	市町村への犬登録
□ 加入していない □ 加入している（会社名：　）	□ 有　□ 無	□ している　□ してな

●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
・狂犬病予防接種　・フィラリア予防
・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

●狂犬病予防接種はしていますか？

・毎年している（　　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（錠剤／オヤツタイプ／注射／つけるタイプ）　・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　　ごろ）

●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はありますか？

・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）
ーご紹介コメント　　
・インターネット　・通りがかり　・近所　・看板