

ワンちゃん初診問診票

年 月 日

(〒 -)

ご住所：

〒

お電話：(携帯) _____

飼主様お名前： _____ 様 ご職業： _____ : (自宅) _____

ワンちゃんのお名前： _____ ちゃん オス ・ 去勢済オス ・ メス ・ 避妊済メ

ス

生年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日 (又は _____ 歳位)

お家に来た日： _____ 年 _____ 月 _____ 日 マイクロチップ[®]： 有り ・ 無し ・ 不明

品種： _____ 毛色： _____

動物の入手先：ペットショップ (_____) ・ ブリーダー ・ 知人等 ・ 自宅 ・ ひろった ・ その他 (_____)

生活場所： 室内 (_____) ・ 室外 (_____) ・ その他 (_____)

お散歩に行きますか？ 行く (毎日 ・ 週に _____ 回 ・ 週末のみ) ・ 不定期 ・ 行かない

他にお家にいる動物：犬 (オス 頭、メス 頭) ・ 猫 (オス 頭、メス 頭) その他 (_____) ・ いない

食事の内容：ドライ ・ 半生 ・ 缶詰 ・ 手作り (_____) ・ 人の食べ物 ・ その他 (_____)

(商品名： _____) おやつ： あり (_____) ・ 無し

一番好きな食べ物： _____

混合ワクチンの接種： 毎年 (_____ 種) ・ 過去に有り (_____ 年前) ・ 無し ・ わからない

狂犬病ワクチンの接種： 毎年 ・ 過去に有り (_____ 年前) ・ 無し ・ わからない

フィリアの予防： 毎年 (_____ 月 ~ _____ 月) ・ 過去に有り (_____ 年前) ・ 無し ・ わからない

バ・ダニの予防： している (病院の薬： _____ ・ 市販の薬： _____) ・ していない

今まで病気やケガで通院や治療をした経験はありますか？

_____ ない ・ ある (具体的に： _____)

今までワクチンやその他の注射、飲み薬などで異常が見られたことはありますか？

_____ ない ・ ある (どのような異常ですか？： _____)

保険は加入されていますか？ いいえ ・ はい ;アコム ・ アペット ・ その他 (_____)

当院はどのようにしてお知りになりましたか？

_____ ホームページ/インターネット ・ 看板 ・ 通りすがり ・ ご紹介 (_____) ・ その他 (_____)

どのような事でご来院になりましたか？

- ・ 具合が悪い (具体的に)： _____
- ・ 現在治療中の病気の相談： _____
- ・ セカンドオピニオン： _____
- ・ 健康診断 ・ ワクチンやフィリア、バ、ダニなど予防について ・ 避妊去勢手術の相談
- ・ 食事の相談： _____
- ・ しつけ、問題行動 (具体的に)： _____
- ・ その他： _____