

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<sup>®</sup>： 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： \_\_\_\_\_