初診問診票　　わんちゃん用

飼い主様のお名前　　ペットの名前

ご来院の目的

□ 予防　　・ワクチン　・フィラリア　・ノミ ダニ

□ 健康診断

□ 診察

診察の方は、当てはまるものに〇をつけてください

耳　皮膚　嘔吐　下痢　食欲不振　元気がない

その他（　　）

当てはまる項目に〇をつけて、分かる範囲でご記入ください

どのような経緯でお家に来ましたか？　ペットショップ・ブリーダー・自宅で産まれた・その他（　　）

他に動物は飼っていますか？　はい（犬・猫・うさぎ・ハムスター・その他｛　　｝）・いいえ

ペット保険に加入していますか？　はい（保険会社名｛　　｝）・いいえ

混合ワクチンは接種していますか？　はい・いいえ・わからない　（　）種混合　（　年　月頃）

狂犬病ワクチンは接種していますか？　はい・いいえ・わからない　（　年　月頃）

フィラリアの予防はしていますか？　はい・いいえ・わからない　（最終投薬：　年　月頃）

ノミ・ダニの予防はしていますか？　はい・いいえ・わからない　（最終投薬：　年　月頃）

今まで大きな病気になったことはありますか？　はい・いいえ・わからない
それはいつ頃、どのような病気でしたか？　（　　）

今までに手術をしたことはありますか？　はい・いいえ・わからない
それはいつ頃、どのような手術でしたか？　（　　）

現在、飲んでいるお薬はありますか？　はい（具体的に：　　）・いいえ

今までに薬・注射・食事などでアレルギー症状がでたことはありますか？
はい（具体的に：　　）・いいえ

当院へ来院したきっかけを差し支えなければご記入ください。

以前にかかったことがある・知人から紹介・インターネットで検索して・看板広告などをみて・その他（　　）

ご記入ありがとうございました。問診票を受付へお渡しください。