

初診 問診票

来院日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 曜日) _____ 御紹介者 _____

飼い主様氏名 _____ (フリガナ) _____

御住所 〒 _____

電話番号 _____ (_____) _____

緊急連絡先 _____ (_____) _____

動物種 _____ 犬 ・ 猫 _____ 品種 _____ 呼び名 _____

性別 _____ オス _____ メス _____ 避妊 _____ 去勢 _____

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 歳

ペット保険の加入状況 _____ アニコム ・ アイペット ・ その他 ・ 未加入 _____

○あなたの愛犬・愛猫のすべての病気を発見・診断することはとても困難です。

当院では、飼い主様の申告を中心に医療を展開します。なるべく詳しくお申し出下さい。

1. 最も気になることは何ですか

2. いつどのように気が付きましたか

3. 他に気になることはありますか

4. 今までに大きな病気をしたことがありますか

5. 普段の食事について該当するものに○をしてください

ドライフード・ウェットフード・自宅で調理したもの・ジャーキーなどのおやつ類

サプリメント (_____) ・ その他 (_____)

6. 普段の運動と現在の状況

7. 混合ワクチンは接種していますか

a. 毎年 (_____ 種混合) b. 時々 c. まったくしていない

8. フィラリアの予防はしていますか

a. 毎年 (_____ 月から _____ 月) b. 時々抜けている c. まったくしていない

9. ノミ・ダニの予防はしていますか

a. 毎年 (_____ 月から _____ 月) b. 時々抜けている c. まったくしていない

10. 当院をどのようにして知りましたか

a. 紹介 b. ホームページ

c. 看板 (赤塚駅前 ・ 内原イオン前 ・ 眼鏡市場水戸見和店さん前 ・ 千波山交差点前)

e. その他 (_____)

こちらでご記入頂いた情報は、当院の診療及びお知らせをお送りする以外には使用いたしません