

問診票

Nagatomo Animal Hospital



ご記入いただきます全てのデータは、当院のより良い診療のためにのみ使用いたします。

初診来院日：西暦

年 月 日

カルテ No.

飼い主様について

フリガナ お名前（姓・名）	ご住所 〒
電話番号（ご自宅・携帯）	緊急時連絡先（ご自宅・携帯）
メールアドレス（@outlook.ne.jpを受信できるもの）	ご職業
当院からお知らせをお送りしてもよろしいですか？	はい ・ いいえ

愛犬・愛猫について

フリガナ お名前	動物種 犬 ・ 猫	品種	毛色
性別 オス ・ メス	去勢/避妊手術 あり ・ なし ・ 不明	生年月日 西暦 年 月 日（歳）	

ペット保険 加入 ・ 未加入 ・ 不明	ペット保険名 ※ご加入の場合
マイクロチップ あり ・ なし ・ 不明	同居動物 犬（匹） 猫（匹） その他（ ）
性格 <input type="checkbox"/> フレンドリー <input type="checkbox"/> 非常におとなしい <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 神経質・怖がり <input type="checkbox"/> 攻撃的 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
飼育開始日・入手方法 西暦 年 月 日頃 <input type="checkbox"/> 買った <input type="checkbox"/> もらった <input type="checkbox"/> 拾った <input type="checkbox"/> 自宅で生まれた <input type="checkbox"/> その他	

数字に○をつけてください（複数回答可）

今日はどうされましたか

1. 具合が悪い ※具体的にお書きください。

いつごろからですか？ _____

症状 _____

2. 健康チェック 3. ワクチン接種 4. フィラリア予防 5. 相談

現在治療中の病気、持病、アレルギーはありますか

1. いいえ 2. はい ※具体的にお書きください

現在使用している薬はありますか（飲み薬、点眼薬、塗り薬など）

1. いいえ 2. はい ※具体的にお書きください

今までに大きな病気・怪我・事故をしたことがありますか

1. いいえ 2. はい ※具体的にお書きください

ワクチン接種、フィラリア・ノミ・ダニ予防について伺います

混合ワクチン 最終接種日：西暦 年 月 日

種混合ワクチン

1. 毎年受けている 2. 時々受けている 3. まったく・ほとんど受けていない

狂犬病ワクチン（犬） 最終接種日：西暦 年 月 日

フィラリア予防 最終投薬日：西暦 年 月 0. していない

1. おやつタイプ 2. 錠剤 3. 滴下薬 4. その他（ ）

ノミ・ダニ予防 最終投薬日：西暦 年 月 0. していない

1. おやつタイプ 2. 錠剤 3. 滴下薬 4. その他（ ）

食事、飼育環境について伺います

食事 1日 回 0. 置きえさ

1. ドライフード（メーカー・商品名 _____）

2. ウェットフード・缶詰（メーカー・商品名 _____）

3. 手作りフード（具体的に _____）

4. おやつ、その他（具体的に _____）

飼育環境 1. 室内で自由 2. 室内でケージ飼い

3. 室内外を自由に出入り 4. 庭で放し飼い 5. 庭の犬舎

当院を知ったきっかけ

1. インターネット検索（検索ワード _____） 2. インスタグラム

3. 近所・通りがかり 4. ご紹介（ _____ 様 _____ ちゃん）