

# 初診問診票

## <飼い主様情報>

お名前： \_\_\_\_\_ 性別： \_\_\_\_\_ 年齢： \_\_\_\_\_  
ご住所： \_\_\_\_\_

電話番号： \_\_\_\_\_ お勤め先： \_\_\_\_\_

## <当院をどちらで知りましたか？>

- ホームページ（Google・Yahoo） facebook Instagram  
ご紹介（お友達 \_\_\_\_\_ 様 \_\_\_\_\_ ちゃん・ ペットショップ ・ トリミング ）

## <ペットの情報>

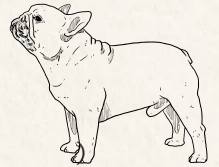
お名前： \_\_\_\_\_ ちゃん（オス・メス・去勢オス・避妊メス）

動物種： 犬・猫 品種： \_\_\_\_\_

誕生日： 西暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 飼育開始日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

入手経路： ペットショップ・ブリーダー・自宅出産・譲渡・その他（ \_\_\_\_\_ ）

動物保険： なし・アニコム・アイペット・その他（ \_\_\_\_\_ ）



## <以下の該当する項目にお答えください>

・本日のご来院理由（複数回答可）

各種予防関連 健康診断 相談

セカンドオピニオン ご相談内容： \_\_\_\_\_

・狂犬病ワクチンの最終接種月： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月・未接種・不明

・混合ワクチンの最終接種月： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 種・未接種・不明

・フィラリア予防： 注射薬・錠剤・チュアブルタイプ・粉・スポットタイプ・未実施

製品名： \_\_\_\_\_

・ノミダニ予防： 錠剤・チュアブルタイプ・粉・スポットタイプ・未実施

製品名： \_\_\_\_\_

・食べているものについてお聞きします

ドライフード： \_\_\_\_\_

ウェットフード： \_\_\_\_\_

おやつ・人の食べ物： \_\_\_\_\_

・これまでに受診したことのある動物病院を教えてください

（ \_\_\_\_\_ ）（ \_\_\_\_\_ ）（ \_\_\_\_\_ ）

・現在治療中の病気はありますか？

ない ・ ある ⇨ 病名： \_\_\_\_\_

使用中の薬： \_\_\_\_\_

・これまでにかかったことのある病気・怪我など

病名： \_\_\_\_\_ 時期： \_\_\_\_\_

・診察時の写真や動画を病院のブログやSNSで使用させていただくことはできますか？

使用可 使用不可

・当院からのワクチンや健康診断のダイレクトメールは必要ですか？

必要 不要

