



初診問診票

初診日 年 月 日 () カルテ No.

飼い主様について (市に登録しているお名前、もしくはよくお連れになる方のお名前をお書きください。)

お名前	フリガナ	電話【自宅】 - -	【携帯】 続柄() - -
	様		
住所	〒 -	【緊急連絡先】 () - -	
当院をどこでお知りになりましたか？ インターネット (ホームページ)・電話帳・チラシ・口コミ・看板を見て・ご紹介 (様)・その他 当院のお知らせ(混合ワクチン・フィラリアなど)をお送りしてもよろしいですか？ はい・いいえ・どちらでもよい			

ワンちゃんについて (言葉を話せない動物に代わって、できるだけ詳しくお書きください。)

お名前	ちゃん	種類	
生年月日	西暦 年 月 日・不明	毛色	
年齢	歳 か月 ・ 不明	飼育開始日	西暦 年 月 日～ 子犬の頃から・(約 年前)・ 不明
性別	オス ・ 去勢 ・ メス ・ 避妊	生活場所	室内 ・ 室外 ・ 自由に出入り可能
	手術日 年 月 日・不明		
入手経路	ペットショップ ・ プリザーバー ・ 知人 ・ 保護施設 ・ 拾った ・ その他 ()		
お散歩	行かない ・ 朝 (分) ・ 昼 (分) ・ 夜 (分) 草むらに入る ・ 入らない		
性格	おとなしい ・ 人見知り ・ こわがり ・ 人が好き ・ 他の犬が苦手 ・ その他 ()		
同居動物	なし ・ 犬() ・ 猫() ・ ウサギ ・ ハムスター ・ その他 ()		
食事	ドライフード (商品名:) ・ 缶詰 (商品名:) 半生 ・ 手作り食 () ・ 人の食べ物 ()		
好きな食べ物	食物や薬のアレルギー	あり () なし	
マイクロチップ	入れている ・ 入っていない ・ 不明	チップ番号	
加入保険	アニコム ・ アイペット ・ P's First ・ その他 () ・ なし		

予防歴・病歴について

狂犬病ワクチン	なし ・ 接種日 (年 月 日) ・ 過去にうけた (約 年前) ・ 不明
混合ワクチン()種	なし ・ 接種日 (年 月 日) ・ 過去にうけた (約 年前) ・ 不明
フィラリア予防	なし ・ 最後に薬を飲ませた日 (年 月 : 薬名) ・ 不明
ノミ・ダニ予防	なし ・ 最近予防した日 (年 月 日 : 薬名) ・ 不明
ワクチンや薬で異常が見られたことはありますか？ いいえ ・ はい (どのような異常ですか？ →) ・ 不明	
今まで病気やケガで、治療や手術をしたことはありますか？ いいえ ・ はい (どのような病気やケガですか？ →) ・ 不明	
本日はどうされましたか？ → 具合が悪い () 健康診断 ・ 狂犬病ワクチン ・ 混合ワクチン ・ 相談 ・ フィラリア ・ その他 ()	

診察や治療についてご希望があればご自由にお書きください。 例) 検査よりも治療にお金をかけたい。

--