



# 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？ 他の動物で来院した・ホームページ・電話帳・チラシ・口コミ・看板を見て・ご紹介 ( ) 様・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			

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 ・ プリーダール ・ 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 ・ 最後に予防した日 ( 年 月 日: 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・フィラリア・ノミダニ予防・相談・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。

--