

初診問診表（成犬用）

初診日 年 月 日（ : ）

※わかる範囲で簡単に御記入ください

フリガナ _____

飼主氏名 _____ 職業 _____ 緊急Tel _____ - _____

住所 〒 _____ TEL _____ - _____

越谷市/ _____ 市

当院を知った理由 近所、通りがかり・チラシ・紹介（ご紹介者名 _____）・その他（ _____ ）
 （複数回答可） インターネット[検索キーワード: _____]・ぱど

ペット名 _____ ちゃん 生年月日 _____ 年 月 日生（ 歳 ヶ月）

性別 オス・メス 去勢、避妊 している・していない

種類（ _____ ） 毛色 白・黒・茶・白黒・白茶・黒茶・薄茶・ゴマ・三毛・灰・白灰・その他（ _____ ）

○ 過去に動物病院にかかるような病気になったことがありますか？ いいえ / はい

はいの場合: いつ _____ 年 月 病院名 _____

内容 _____

○ 去勢・避妊手術をしている場合 手術をしたのはいつですか？ いつ _____ 年 月 病院名 _____

○ 避妊手術をしていないメスの場合 : 最後の発情は？ _____ 年 月 日

出産をしたことがありますか？ いいえ / はい: 最後の出産は？ _____ 年 月

○ ワクチンを接種していますか？ いいえ / はい

はいの場合: □狂犬病 _____ 年 月 □レプトスピラ _____ 年 月

（最終接種）□混合ワクチン: (5・6・7・8・9・?)種混合 _____ 年 月

○ フィラリアの予防はしていますか？ いいえ / はい: 飲ませている期間は？ _____ 年 月 ~ 月

○ ノミの予防はしていますか？ いいえ / はい: 首輪・スポットタイプ・飲み薬・スプレー・その他（ _____ ）

○ 飼育している場所は？ 室内 / 室外 / その他（ _____ ）

○ 他に飼っている動物は？ なし / 犬（ 匹）/ 猫（ 匹）/ その他（ _____ ）

○ 1日の食事の回数・内容は？ 1日 _____ 回 缶詰/ドライフード/その他（ _____ ）

○ 薬に対するアレルギーはありますか？ いいえ / はい / わからない

○ マイクロチップは装着していますか？ いいえ / はい / わからない

《本日の来院理由》

□健康診断希望 □ワクチン希望 □その他予防を希望（フィラリア・ミなど）□ペットホテル

□処置希望（トリミング、爪切り、その他: _____）

□病気 いつ頃から _____

内容 _____