

# 問診票

## ●飼い主様について

No. \_\_\_\_\_

飼い主氏名	フリガナ	ご住所	〒 -	勤務先
	様			
電話番号( ) -		当院をどのようにお知りになりましたか？(○印)		
携帯電話( ) -		1. 電話帳 2. 通りがかり 3. ご紹介( )さん 4. 看板 5. インターネット		
※ネット予約の際は、こちらの電話番号でご登録をお願いします。その他の番号で登録済みの場合は受付にお申し出ください。				

## ●動物について

動物のお名前	種類	品種	毛色	性別
ちゃん	犬 猫 ウサギ フェレット 鳥 その他( )			オス メス 去勢オス 避妊メス
生年月日	同居日	由来		
年 月 日	年 月 日	ペットショップ( ) 知人 プリダ- 拾得 自宅で繁殖 その他( )		
・ほかに同居している動物はいますか？	はい(種類 )・いいえ			
・現在の生活環境を教えてください。	ケージ・室内で放し飼い・室外・室内+室外			
・外に散歩は行きますか？	行く(1日平均 分ぐらい)・全く行かない			
・食事内容(種類・量・回数)を教えてください。	1日( )回 ドライフード・缶詰・半生・手作り食 (メーカーなど )			
・動物の健康保険へ加入されていますか？	はい(会社名 )・いいえ			

## ●現在の状態について

<p>・本日はどうされましたか？</p> <p>健康診断・ワクチン・嘔吐・下痢・元気がない 食欲がない・皮膚病 その他 (できるだけご詳しく記入ください)</p>
<p>・現在、治療はされていますか？</p> <p>はい・いいえ はい、の場合今飲んでお薬はありますか？ 薬剤名( )</p>

## ●これまでの病気予防について

<p>・これまでにかった病気はありますか？</p> <p>はい・いいえ はい、の場合いつ頃?( ) 病名( )</p>
<p>・注射、薬でアレルギーがでたことはありますか？</p> <p>はい・いいえ はい、の場合いつ頃( )何に対して( )</p>
<p>・ワクチン接種歴</p> <p>混合ワクチン種類：2種 3種 4種 5種 7種 8種 9種 いつ頃( 年 月 日)・未接種 狂犬病： いつ頃( 年 月)・未接種</p>
<p>・フィラリアの予防はしていますか？</p> <p>はい・いいえ 予防期間( ) 薬剤名( )</p>
<p>・ノミ予防はしていますか？</p> <p>はい・いいえ 薬剤名( )</p>



はとの里 動物病院

加古川市加古川町木村721-1  
TEL.079 (454) 3231