

## 初診質問表

ふりがな \_\_\_\_\_ 〒 ( \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ )

飼主様名 \_\_\_\_\_ ご住所 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_ 携帯電話など  
緊急連絡先 \_\_\_\_\_

ペット名 \_\_\_\_\_ ちゃん 種類 犬・猫・その他 ( \_\_\_\_\_ )

毛色 \_\_\_\_\_ 性別 オス／メス 去勢・避妊 済／未

ペットの生年月日 西暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 生

ペットの性格 おとなしい・人なつっこい・怖がり・その他 ( \_\_\_\_\_ )

当院を知ったきっかけ ホームページ／電話帳／看板／人づて／その他 ( \_\_\_\_\_ )

紹介者 ( \_\_\_\_\_ ) 先生・動物病院 ( \_\_\_\_\_ )

1. 他に同居のペットはいらっしゃいますか？

はい (犬 \_\_\_\_\_ 匹、猫 \_\_\_\_\_ 匹、[ \_\_\_\_\_ ] \_\_\_\_\_ 匹) / いいえ

2. いままで他のペットでご来院された事がありますか？

はい (ペット名 \_\_\_\_\_ ) / いいえ

3. どこでお飼いですか？ 室内 / 室外 / 室内・外

4. 1年以内に混合ワクチン(狂犬病以外)をうけていますか？

はい 接種日 \_\_\_\_\_ 月頃 / いいえ

5. 1年以内にフィラリアの予防はされていますか？

はい \_\_\_\_\_ 月から \_\_\_\_\_ 月まで / いいえ

6. いつも何を食べていますか？

缶詰 / ドライフード / その他 ( \_\_\_\_\_ )

7. いままで病気になったことがありますか？

はい (病名 \_\_\_\_\_ ) / いいえ

8. 注射や内服薬で異常が見られたことがありますか？ はい / いいえ

9. 本日の症状をお書きください \_\_\_\_\_