

初診問診票

ご家族（飼い主様）についてお伺いします。

ふりがな	
ご家族（飼い主様）のお名前	
ご住所：〒	
お電話番号：（ ） -	緊急時に必ずつながるお電話番号： （ ） -

本日ご来院のワンちゃん・ネコちゃんについてお伺いします。

お名前		
いずれかに○	1. 犬 2. 猫	生年月日 西暦 年 月 日
犬種・猫種		年齢 歳 か月
性別（いずれかに○）	1. おす（♂） 2. めす（♀） 3. 出産経験有のめす（♀）	
去勢・避妊手術の有無 （いずれかに○）	1. 去勢手術（おす）しています 2. 避妊手術（めす）しています 3. 去勢または避妊手術はしていません	
本日ご来院の理由 （該当するものに○ 複数も可）	1. 体調が良くない 2. 予防・ワクチン接種 3. 健診 4. ご相談 5. 去勢又は避妊希望 6. ノミ・マダニ駆除 7. その他（ ）	
	1. に○をつけられた方は具体的に症状をお聞かせください。 （ ）	
生活を一緒に始めた きっかけ （いずれかに○）	1. ご購入（ブリーダー・お店・その他） 2. 譲渡（保健所・お知り合い・その他） 3. ご自宅で生まれた 4. 拾われた 5. 地域猫 6. その他（ ）	
いつも居るところ （いずれかに○）	1. 家（散歩あり） 2. 家（散歩無し） 3. 家と外 4. 外	
予防接種について	一年以内にうけられたものがありましたら○をお付けください。 1. 狂犬病 2. 混合ワクチン（ 種） 3. フィラリア予防	
	予防接種をうけた際に、具合が悪くなったことはありますか。 1. ない 2. ある（どのような症状でしたか： ）	
過去の病歴について （いずれかに○）	これまでに治療または手術をされた病気はありますか。 1. ない 2. ある（病名： 手術：有・無 ）	
フィラリア予防 について	フィラリア予防はされていますか。（いずれかに○） 1. 毎年している 2. したことが無い 3. その他（直近では 年前にしていました）	
	フィラリア予防薬のタイプについて（該当するものに○） 1. お肉（おやつ）タイプ 2. 錠剤タイプ 3. 注射タイプ 4. スポットタイプ	

ご協力ありがとうございました。受付までお持ちください。