

初診問診票

お分かりになる範囲で構いませんので

出来るだけ詳しくご記入をお願いします。

フリガナ			
飼い主様のお名前	※保険に登録されているお名前です。		職業
ご住所	〒		
電話番号		緊急電話番号	
動物のお名前	フリガナ	性別	男の子 ・ 女の子 ・ わからない
動物種	犬 ・ 猫 ・ その他()	初めて飼う動物さんですか？	はい ・ いいえ()
品種		毛色	
生年月日	年 月 日	動物保険	(保険) ・ 加入していない
避妊・去勢手術	している(歳頃) ・ していない	飼い始め	年 月 日
マイクロチップ	している ・ していない	DM 希望	する ・ しない

◆ 当院はどのようにお知りになりましたか？

通りがかり ・ 電話帳 ・ 看板

・ インターネット { ホームページ ・ 口コミサイト() ・ その他() }
 ・ ご紹介(様) ・ その他()

◆ 動物病院は初めてですか？ 以前のかかりつけの病院がございましたら、お書きください。

はい ・ いいえ()

◆ フィラリア予防は？

毎年している(錠剤 ・ チュアブル ・ その他)
 ・ していない

◆ ノミやダニの予防は？

毎年している ・ していない ・ 時々している

◆ 狂犬病ワクチンは？(犬のみ)

接種している ・ 接種した事がない
 (最終接種日 年 月 日)

◆ 混合ワクチンは？

接種している ・ 接種した事がない
 (最終接種日 年 月 日)

◆ ワクチンをうって、調子が悪くなったことは？

ある [症状:] ・ ない

◆ 食事は？

ドライ ・ 缶詰 ・ パウチ
 その他()

◆ 普段の生活は？

室内 ・ 屋外 ・ その他()

◆ 同居動物は？いる場合は頭数もお願いします。

いる() ・ いない

※ 裏にもご記入をお願いします。

◆ 今までに大きなケガや病気、現在治療中の病気は？

ある

・ない

◆ 現在、予防薬以外に使っているお薬は？

ある

)・ない

◆ 本日はどうされましたか？

・具合が悪い(いつ頃から、症状など詳しくお書きください。)

・予防診察を希望

(フィラリア検査 ・ ノミやマダニ予防 ・ 混合ワクチン _____種 ・ 狂犬病ワクチン)

・避妊 ・ 去勢手術の相談をしたい

・健康診断 (どのような検査をご希望かご記入ください。)

[

]

◆ その他に気になることや質問・ご意見があれば、お書きください。

例：食欲にムラがある，皮膚を痒がる，歯石が気になる…等

◆ 以下の項目で、重視される番号を順にお書きください。

(→ →)

- ① 費用が高額でも、出来るだけ良い治療を受けたい。
- ② ある程度の費用内で、出来る限りの治療を受けたい。
- ③ 出来るだけ費用は抑えて、必要な治療だけ受けたい。

ご記入ありがとうございました。

