

問診表



No. _____
年 月 日

飼い主さまについて ※2頭目は省略可能です

| | | | |
|--|-----------------|---------|--|
| ふりがな | | ☎ 電話番号 | |
| お名前 | | ☎ 緊急連絡先 | |
| ご住所 (建物の名称) | 〒 _____ ー _____ | ご職業 | |
| 当院を知ったきっかけを教えてください。 | | | |
| <input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> ご自宅が近い <input type="checkbox"/> ご紹介【 _____ (知人・他院)】 <input type="checkbox"/> その他【 _____ 】 | | | |

動物さんについて

| | | | | | | | |
|---|---|----|---|----------|---|----|--|
| ふりがな | | 種類 | <input type="checkbox"/> 犬 | 品種 | | 毛色 | <input type="checkbox"/> 白 <input type="checkbox"/> 黒 <input type="checkbox"/> 茶 |
| お名前 | | | <input type="checkbox"/> 猫 | | | | <input type="checkbox"/> 【 _____ 】 |
| 生年月日 (西暦) | _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 歳) | 性別 | <input type="checkbox"/> オス <input type="checkbox"/> メス <input type="checkbox"/> 不明 | 避妊 去勢 | <input type="checkbox"/> している ↳【時期 _____ 年 _____ 月頃】 <input type="checkbox"/> していない | | |
| マイクロチップ番号 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり | | | | | | |
| ペット保険に加入されていますか? ※アニコム・アイペットの保険証をお持ちの方は受付へご提出下さい | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 未加入 <input type="checkbox"/> アニコム <input type="checkbox"/> アイペット <input type="checkbox"/> その他【 _____ 】 | | | | | | | |

1. 予防について

- ▶混合ワクチンの接種はしていますか? はい【最終接種日 _____ 年 _____ 月 _____ 日頃】 いいえ 不明
- ▶フィラリアの予防はしていますか? はい【最終接種日 _____ 年 _____ 月 _____ 日頃】 いいえ 不明
- ▶ノミ・ダニの予防はしていますか? はい【最終接種日 _____ 年 _____ 月 _____ 日頃】 いいえ 不明
-  ▶狂犬病の接種はしていますか? はい【最終接種日 _____ 年 _____ 月 _____ 日頃】 いいえ 不明
-  ▶猫免疫不全ウイルス(FIV)・猫白血病ウイルス(FeLV)検査はしていますか?
 はい(検査日: _____ 頃)【FIV: 陰性 陽性 FeLV: 陰性 陽性】 いいえ 不明

2. いつ頃どのようにお迎えしましたか? _____ 年 _____ 月 _____ 日頃から(分かる範囲で)
 ペットショップ 譲り受けた 保護した その他【 _____ 】

3. 同居している動物はいますか? はい【種類 _____ 】 いいえ

4. いつも何を食べていますか? ドライ ウェット 手作り その他
【商品名など分かれば: _____ 】

5. 今日はどうされましたか? 予防 (混合ワクチン 狂犬病 フィラリア ノミ・ダニ)
「診察」とお答えの方はご記入下さい。 診察 健康診断 その他【 _____ 】

▶いつ頃からですか? 【 _____ 】

▶どんな症状ですか? 該当するものに○をつけて下さい。

元気がない 食欲がない 嘔吐・下痢 痒み(皮膚・耳) 鼻水 目ヤニ 呼吸が早い 咳
跛行 発熱 頻尿・血尿 痛み できもの ケイレン その他【 _____ 】

6. 病気/ケガで病院にかかった事がありますか? また、現在治療中の病気/ケガや使用中の薬はありますか?
 なし あり【 _____ 】

7. 薬や注射、ご飯などで具合が悪くなったことはありますか? (アレルギー等)
 なし あり【 _____ 】

8. その他心配なこと、ご要望がありましたらご記入ください。

【 _____ 】

