

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

# 初診問診票

ふりがな		住所	〒 -
飼主様名			
電話番号	- -	メール	
緊急連絡先	- -	勤務先	
当院を知ったきっかけ <input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> SNS <input type="checkbox"/> ご友人 (様) <input type="checkbox"/> チラシ <input type="checkbox"/> 通りがかり <input type="checkbox"/> その他 ( )			

ペット名	生年月日	年 月 日
	お家に迎えた日	年 月 日
種類	<input type="checkbox"/> 犬 <input type="checkbox"/> 猫	品 種
性別	<input type="checkbox"/> オス <input type="checkbox"/> メス <input type="checkbox"/> 避妊・去勢済 ( 歳頃)	
お家に迎えた経緯	<input type="checkbox"/> ペットショップ <input type="checkbox"/> ブリーダー <input type="checkbox"/> もらった <input type="checkbox"/> 自宅で生まれた <input type="checkbox"/> 拾った <input type="checkbox"/> その他 ( )	
同居ペット	<input type="checkbox"/> 犬 ( 頭) <input type="checkbox"/> 猫 ( 頭) <input type="checkbox"/> その他 ( )	
マイクロチップ	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (No. )	保 険 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (アニコム・アイペット・その他)

## 1. 本日はどうされましたか？

ワクチン接種  健康診断  フィラリア予防

具合が悪そう ➡ 具体的にどのような症状ですか？

## 2. ワクチン接種はしていますか？

はい ➡ ● 狂犬病ワクチン 最終接種日 年 月 日  いいえ  不明

● ( ) 種混合ワクチン 最終接種日 年 月 日

● その他 ( ) 最終接種日 年 月 日

## 3. フィラリア検査・予防、ノミ・ダニ予防はしていますか？

● フィラリア検査・予防  はい  いいえ  不明 ● ノミ・ダニ予防  はい  いいえ  不明

## 4. 今までに病気や手術をしたことはありますか？

はい ➡  いいえ  不明

## 5. 現在、治療中の病気や使用している内服薬はありますか？

はい ➡  いいえ  不明

## 6. その他、不安なことや気になることがありましたらご記入ください。

## 7. 当院からのお知らせなどをお送りしてもよろしいでしょうか？ はい いいえ

※ご記入いただきました個人情報は適切に管理し、医療目的にのみ利用するとともに、事前同意なしには第三者への提供は致しません。