【初診問診票】

＊飼い主様についてお伺いします＊

フリガナ		住所	〒　　－
世帯主様 氏名			
電話番号	（　　）	緊急連絡先（携帯電話）	（　　）
ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ	＠		
お勤め先			
当院を知ったきっかけ	□ご紹介（　　様）　□タウンページ □インターネット　□近所だから　□よく通るから		

＊ペットについてお伺いします＊

お名前		種類	犬・猫	品種	
生年月日	年　月　日	性別	男の子・女の子	避妊・去勢手術	未・済
				出産経験	有・無
入手方法	自宅で生まれた・ﾍﾟｯﾄｼｮｯﾌﾟ ﾌﾞﾘｰﾀﾞｰ・もらった・拾った その他（　　）		いつから飼育していますか？	年　月　日～ 約　年前より	
ペット保険に加入していますか？			□はい（アニコム・アイペット・その他 ）　□いいえ		

1. 本日の来院理由は？

□具合が悪そうだから　⇒　いつから？（　　）
どんな様子ですか？（　　）
□予防接種　□フィラリア予防　□健康診断　□その他（　　）

2. 予防接種はしていますか？

□はい　⇒　いつ頃？（　　）どこで？（　動物病院　・　ペットショップ　）
犬□狂犬病ワクチン　□（　　）種混合ワクチン　□その他
猫□（　　）種混合ワクチン　□猫白血病ウィルス感染症ワクチン
□猫免疫不全ウィルス感染症ワクチン　□その他
□いいえ　□わからない

3. フィラリアの予防はしていますか？

□はい　⇒　投薬前の血液検査は受けていますか？（　はい　・　いいえ　）
□いいえ

4. ノミ・ダニの予防はしていますか？

□はい　⇒　□動物病院で処方された予防剤　□市販の予防剤
□いいえ　□わからない

5. 食事の回数と内容は？

□１日（　　）回くらい　□市販フード（　ドライ　・　缶詰　・　半生　・　その他　）
□決まっていない　　□サプリメント（　　）

6. 食事やお薬、注射などでアレルギー反応を起こしたことがありますか？

□はい　（何で？　　）　　□いいえ

7. 主な生活場所はどこですか？

□室内　　□室外　　□両方（散歩に行く　⇒　１日＿＿＿＿回＿＿＿＿分くらい）

8. 過去の病歴・手術歴はありますか？

□あり　⇒　いつ頃？（　　）
　　どんな？（　　）
□なし　　□わからない

9. 治療について教えてください

□今回の症状だけを治したい
□全体的に診察をして、気になるところがあれば積極的に治療したい
特に気になるところ、何か相談をされたいこと、ご要望などがありましたらお書きください

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

10. 診断（病名）について

□病名を知りたい（この場合、多くの検査が必要になることがほとんどです）
□治療法が同じであれば知らなくても良い

11. 入院についてのお考えを教えてください

□積極的に（必要ならば）入院を希望する
□出来るだけ自宅で治療・通院を希望する

12. 他に動物を飼っていますか？

□犬　　匹　　□猫　　匹　　□その他（　　匹　）

13. お知らせなどのおハガキやメールを送ってもよろしいですか？

□はい（ ハガキ・メール・両方とも ）　　□いいえ

年　　月　　日　　記入者氏名　　世帯主との間柄（　　）

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※今回ご記入いただきました個人情報は、適切な保護・管理を行うと共に
　ご本人の事前同意なしには、第三者への提供はいたしません

ご記入ありがとうございました　　**長谷川動物病院**