



# 問診票



ご記入日: 年 月 日

ID: \_\_\_\_\_

## 🐾 飼い主様について

フリガナ			〒		
飼い主様のお名前			住所		
電話番号	ご自宅: _____ / 携帯: _____		ご職業: _____		
ペット保険のご加入	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> アニコム <input type="checkbox"/> アイペット <input type="checkbox"/> その他( _____ )				

## 🐾 ペットについて

お名前	_____ちゃん	お誕生日	年 月 日 ( 才 ヶ月 )	性別	オス・メス (去勢済・避妊済)
動物種	犬・猫	品種	(毛色 _____)		
飼育開始	年 月 日 / 約 年前				
	<input type="checkbox"/> 購入(ペットショップ・ブリーダー) <input type="checkbox"/> 自宅で生まれた <input type="checkbox"/> 譲渡 <input type="checkbox"/> 保護				
飼育環境	<input type="checkbox"/> 室内(ケージ内・放し飼い) <input type="checkbox"/> 屋外 <input type="checkbox"/> 室内と屋外両方 <input type="checkbox"/> その他( _____ )				
食事について	回数: 1日 _____ 回 : <input type="checkbox"/> ドライフード <input type="checkbox"/> ウェットフード(缶詰・パウチ) <input type="checkbox"/> 手作り フードの銘柄や手作り食の内容( _____ ) おやつ: <input type="checkbox"/> 与えていない <input type="checkbox"/> 与えている( _____ )				
同居の動物	<input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> いる(犬 _____ 頭・猫 _____ 頭・その他 _____ )				

## 🐾 本日はどうされましたか？

混合ワクチン 狂犬病ワクチン フィラリア検査 健康診断 不妊・去勢手術

具合が悪い → いつからですか？ [ \_\_\_\_\_ ]  
 どのような症状ですか？ [ \_\_\_\_\_ ]

その他 [ \_\_\_\_\_ ]

## 🐾 予防歴・病歴

 \* 混合ワクチンは接種していますか？ はい いいえ (最終接種日: \_\_\_\_\_ 年 月 日 / \_\_\_\_\_ 種)

 \* 狂犬病ワクチンは接種していますか はい いいえ (最終接種日: \_\_\_\_\_ 年 月 日)

 \* フィラリアの予防はしていますか はい いいえ (□飲み薬 □滴下剤 □注射 /前年予防期間: \_\_\_\_\_ 月～ \_\_\_\_\_ 月)

 \* ノミ・ダニの予防はしていますか はい いいえ (□飲み薬 □滴下剤 /予防期間: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月～ \_\_\_\_\_ 月)

\* 過去にした大きな病気・ケガなどあれば教えてください

[ \_\_\_\_\_ ]

\* 現在治療中の病気・飲んでいるお薬などあれば教えてください

[ \_\_\_\_\_ ]

\* ワクチンやお薬で具合が悪くなったことはありますか

いいえ はい → [ 具体的に \_\_\_\_\_ ]

## 🐾 当院を何で知りましたか？

ご近所 ホームページ チラシ 内覧会 ご紹介( \_\_\_\_\_ 様より) その他

ご記入いただきありがとうございました。受付にお渡しください。  
カルテを作成し、順番に診察させていただきます。

**いしかわ動物病院**