

初診問診票

| | | | | | | | | | | | |
|--|----|------|------|-------------|---------------|--|-------|------|----------|---|---|
| 飼い主さま | 名前 | フリガナ | | 住所 | 〒 - | | | | | | |
| | 電話 | 【自宅】 | - | - | 職業 | 当院からワクチン（検査）時期のお知らせをお送りしてもよろしいですか？ はい / いいえ | | | | | |
| | | 【携帯】 | - | - | | | | | | | |
| ご来院のきっかけ（あてはまるものに○をつけてください） | | | | | ペット保険 | <input type="checkbox"/> 未加入 <input type="checkbox"/> 加入（保険名 _____） | | 生活環境 | 室内 室外 | | |
| 病院ホームページ Calooペット 病院紹介サイト（ ご紹介（ 様） その他（ | | | | | | | | | | | |
| にゃんちゃん | 名前 | | 品種 | | 毛色 | | 生年月日 | お誕生日 | 年 | 月 | 日 |
| | 性別 | オス | 去勢オス | ⇒ | 手術はいつ頃受けましたか？ | | 飼育開始日 | 年 | 月 | 日 | |
| | | メス | 避妊メス | ⇒ | （オカ月の頃） | | | | | | |
| | | | | にゃんちゃんを飼うのは | | <input type="checkbox"/> この子が初めて <input type="checkbox"/> 他の子を以前に飼ったことがある <input type="checkbox"/> 現在、別の子も一緒に飼っている | | | | | |

今日はどうされましたか？

（複数選択可）

- 具合が悪そう **⇒** いつ頃から？
- 相談したい **⇒** どんな症状ですか？ / どんな相談ですか？
- 健康チェック
- ワクチン接種
- ノミダニ予防
- ペットホテル
- 日常ケア（肛門腺絞り、爪切り、耳掃除）

ワクチンの接種歴

- 一番最後に接種した **混合ワクチン** は _____種混合ワクチンを、_____年____月頃
- 混合ワクチン以外に接種したワクチンがありますか？
_____を _____年____月頃 接種した

ノミ・ダニの予防はしていますか？

- はい **⇒** お薬の名前がわかればお書きください。
- いいえ

いつも何を食べていますか？

- 缶詰 (商品名 _____)
- ドライフード (商品名 _____)
- おやつ、その他 (商品名 _____)

病気やケガをしたことありますか？

- はい **⇒** いつ頃ですか？ _____年____月頃
- いいえ **⇒** どんな症状でしたか？

今までに注射や薬などで具合が悪くなったことがありますか？

- はい **⇒** どんなお薬ですか？
- いいえ **⇒** どのように具合が悪くなりましたか？

【治療に対する飼い主様のお考えについて近い内容に**1つのみチェック☑**を入れてください。】

- 動物のための最善の医療を求めているので、できる限りの治療を希望します。
- 良い治療をしてあげたいが、できることに限界があるため、一般的な治療を希望します。
- 費用に制限があるため、毎回診療費を確認し、相談していきたい。
- ご家族側の要求する治療のみにしてもらいたい。

