

問 診 票

飼い主さま	名前	ワガナ		住所	〒 ー						
	電話	【自宅】	ー	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】	ー								
	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	・未加入	生活環境	室内			
	病院ホームページ 通りがかり		病院紹介サイト（			・加入（保険名	）	室外			
	ご紹介（		）								
わんちゃん	名前		品種		毛色		生年月日	お誕生日	年	月	日
								飼育開始日	年	月	日
	性別	オス	去勢オス	手術はいつ頃受けましたか？ （ 才 カ月の頃）	わ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						
		メス	避妊メス								

今日はどうされましたか？
（複数選択可）

具合が悪そう
 相談したい
 健康チェック
 ワクチン接種
 フィラリア予防 ノミダニ予防
 トリミング ペットホテル
 日常ケア(肛門腺絞り、爪切り、耳掃除)

➡

いつ頃から？

どんな症状ですか？ / どんな相談ですか？

ワクチンの接種歴

- ・一番最後に接種した混合ワクチンは ー種混合ワクチンを ー年 ー月頃
- ・一番最後に接種した狂犬病予防注射は ー年 ー月頃 接種した

フィラリア予防はしていますか？

はい
 いいえ

➡

お薬のタイプや名前がわかればお書きください。

錠剤 チュアブル(おやつタイプ)

注射 スポットタイプ

〈お薬の名前〉

ノミ・ダニの予防はしていますか？

はい
 いいえ

➡

お薬のタイプや名前がわかればお書きください。

スポットタイプ 錠剤 チュアブル(おやつタイプ)

〈お薬の名前〉

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がありますか？

はい
 いいえ

➡

いつ頃ですか？ ー年 ー月頃

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
 いいえ

➡

どんなお薬ですか？

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ほしい。



当院は、個人情報保護法に基づきここに記載された個人情報を適切に管理し、医療目的のみに利用するとともに、本人の事前同意なしには、目的外の利用や第三者への提供などは致しません。なお利用目的の範囲内で、上記希望欄で希望された方には、ご本人様宛にお知らせ等を送信することがあります。