

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	・未加入	生活環境	室内
	病院ホームページご紹介（	Calooペット様	病院紹介サイト（	その他（		・加入（保険名	）		室外
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	メス	避妊メス	手術はいつ頃受けましたか？	わんちゃんを飼うのは			
					（オカ月の頃）	<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
 - 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 ____種混合ワクチンを ____年 ____月頃
- ・一番最後に接種した狂犬病予防注射は ____年 ____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？ ____年 ____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もらいたい。

