

初診問診票【犬用】

風の動物病院

飼い主様

ふりがな	ふりがな		
氏名	ご住所 〒		
電話番号	緊急連絡先	ご職業	

ワンちゃんについて

お名前	品種:(例:ミニチュアダックス、チワワ)		
生年月日 年 月 日生まれ	性別 男の子 女の子	去勢・避妊 手術済み	していない
ペット保険に加入していますか?	はい→ 保険会社() いいえ		
入手方法は?	ペットショップ ブリーダー もらった 拾った その他()		

同居している動物はいますか?	はい→種類() いいえ
----------------	--------------

どんな生活環境ですか?	主に室内	主に屋外	勝手に出たり入ったり
-------------	------	------	------------

いつも何を食べていますか?	市販(ドライ・缶詰・その他)→(商品名) 病院食(療法食)→(商品名) おやつ() その他
---------------	---

混合ワクチンを接種していますか?	はい(種混合) 以前はしていた いいえ 不明
------------------	-------------------------

狂犬病予防接種はしていますか?	はい→(年 月頃) いいえ 不明
-----------------	-------------------

フィラリアの予防はしていますか?	はい(お薬名) いいえ
------------------	--------------

ノミ・ダニの予防はしていますか?	はい(お薬名) いいえ
------------------	--------------

今までに病気をしたことがありますか?	はい(病名) (治療)
--------------------	------------------

注射・お薬で具合が悪くなったことはありますか?	ない ある→ 薬の名前 () 症状 ()
-------------------------	------------------------------

当院をどのようにお知りになりましたか?	広告 看板 インターネット 知人の紹介(様) その他()
---------------------	--------------------------------

何かご要望があればお書きください	
------------------	--

本日の来院理由はなんですか?	健康診断 混合ワクチン 狂犬病ワクチン 具合が悪い その他 ご相談、症状などなるべく具体的にご記入ください
----------------	--