

# 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)		
	毛色:		
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 ( )

かかりつけの動物病院はありますか?	ない ある( )
-------------------	----------

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 その他(下にご記入ください)
<b>ご相談、症状などなるべく具体的にご記入ください</b>	