



# 初診問診表

当院を初めて受診される飼い主様はこちらを記入し、  
受付に提出して診察にお呼びするまでお待ち下さい。



ふりがな \_\_\_\_\_  
飼い主様のお名前 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

ご住所 〒 \_\_\_\_\_  
(マンション・アパート名) \_\_\_\_\_

お電話番号 \_\_\_\_\_ 携帯電話 \_\_\_\_\_

メールアドレス \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

ペットのお名前 \_\_\_\_\_ 種類 犬・猫・その他( \_\_\_\_\_ )  
生年月日 \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日 品種 \_\_\_\_\_  
性別 \_\_\_\_\_オス・メス \_\_\_\_\_

1. 避妊/去勢はしていますか？ はい -いつ頃？( \_\_\_\_\_ ) いいえ

2. いつから飼っていますか？(分かる範囲で) \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

3. 入手方法 購入(購入先 \_\_\_\_\_)・もらった・保護した・その他

4. 他に同居の動物はいますか？ いる(犬 \_\_\_\_\_匹・猫 \_\_\_\_\_匹・その他( \_\_\_\_\_匹))  
いない

5. 来院された理由 具合が悪そうだから  
→いつからですか？ \_\_\_\_\_  
→どんな症状ですか？ \_\_\_\_\_  
健康診断 ワクチン接種 フィラリア予防  
セカンドオピニオン・相談  
その他( \_\_\_\_\_ )

6. ワクチン接種はしていますか？ ①混合ワクチン 1度もない 幼少期のみ接種  
はい →何種ですか( \_\_\_\_\_種)  
→いつ頃ですか( \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月)  
②狂犬病ワクチン いいえ はい→いつ頃ですか( \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月)

7. フィラリア予防はしていますか？ はい -錠剤・チュアブル・その他( \_\_\_\_\_ ) いいえ

8. ノミ・ダニ予防はしていますか？ はい →商品名( \_\_\_\_\_ ) いいえ

9. 主に生活している場所は？ 室内・室外

10. いつも食べているものは？ ドライフード →メーカー・商品名( \_\_\_\_\_ )  
缶詰 →メーカー・商品名( \_\_\_\_\_ )  
療法食( \_\_\_\_\_ )  
その他( \_\_\_\_\_ )

11. 今まで病気をしたこと、手術をしたことはありますか？  
はい いいえ  
具体的に \_\_\_\_\_

12. 今まで注射やお薬などで副作用・アレルギー・ショックなどの異常が見られた事はありますか？  
はい いいえ  
具体的に \_\_\_\_\_

13. 当院を何でお知りになりましたか？  
電話帳 紹介(紹介者様 \_\_\_\_\_) 近所 看板  
インターネット 以前かかっていた その他( \_\_\_\_\_ )

14. 保険には加入していますか？ はい いいえ

15. 当院来院前に通院されていた動物病院、あるいは、かかりつけの先生はいらっしゃいますか？  
はい( \_\_\_\_\_ 動物病院) いいえ