

## 初 診 問 診 票

わかる範囲で結構ですので、大切な家族のかわりに、ご記入ねがいます。

### 飼い主様の情報

年 月 日

フリガナ				電話番号	自宅		
お名前				携帯			
ご住所	〒				ご職業		

### 動物の情報

お名前			性別	オス<去勢 未・済> メス<避妊 未・済>	生年月日	年 月 日 ( 才 ヶ月)	
動物種	犬 猫 その他( )		品種			毛色	
飼育環境	屋内 屋外 両方						
普段の食餌は？	ドライフード 缶詰 半生 人の食べ物 療法食(メーカー: 商品名: )						
保険に加入していますか？	いいえ はい ⇒ アニコム アイペット その他( )						
マイクロチップは入っていますか？	はい いいえ						
購入先等	ブリーダー 知人 譲渡会 ペットショップ(ショップ名: ) 保護						

現在治療中の病気やケガ はありますか？	いいえ はい ⇒	どのような病気やケガですか？ [ ]
今までに病気やケガをした ことがありますか？	いいえ はい ⇒	いつ、どのような病気やケガでしたか？ [ ]
今までに注射や薬で具合 が悪くなった事があります か？	いいえ はい ⇒	いつ、どのような注射・薬でしたか？ [ ]

### 予防歴

混合ワクチン	いいえ はい ⇒	最後に接種したのは？ ( )年( )月 種類は？ ( )種
狂犬病ワクチン	いいえ はい ⇒	最後に接種したのは？ ( )年( )月
フィラリア予防	いいえ はい ⇒	最後に予防したのは？ ( )年( )月 薬の種類は？( )
ノミ・ダニ予防	いいえ はい ⇒	最後に予防したのは？ ( )年( )月 薬の種類は？( )

### ◆本日来院された理由は？

・具合が悪い    ・健康診断    ・予防接種    ・相談

いつからですか？

{		}
{	どのような症状ですか？	}
{	[ ]	}

ありがとうございました。カルテを作成しお呼びしますので、もうしばらくお待ち下さい。