

# 初診問診票



お手数ですが、わかる範囲で結構ですので大切なご家族のかわりにご記入ください。

## 飼主様の情報

ふりがな		電話番号	
お名前		携帯電話	
住所	〒		
職業		勤務先	
		電話番号	

## 患者様の情報

お名前	種類	犬・猫・その他（ ）		
	品種		毛色	
性別	♂（未去勢） ・ ♀（未避妊）	生年月日	西暦	年 月 日
	♂（去勢済） ・ ♀（避妊済）	→ 手術をしたのは 年 月 日頃		
性格	攻撃的 神経質 おとなしい			
本日はどうされましたか？	① 病気・ケガ → 症状 → いつから ② 健康チェック・相談 ③ ワクチン ④ その他（ ）			
どのような検査・治療を希望されますか？	① 最善の検査・治療を希望 ② 検査をした上で治療法を選択 ③ 対症療法のみを希望 ④ 担当獣医師に一任			
お薬は錠剤と粉薬のどちらをご希望されますか？	錠剤 ・ 粉薬			
予防歴	混合ワクチン	していない・している	最近だと	年 月 日頃
	狂犬病ワクチン	していない・している	ワクチンの種類→	
	フィラリア	していない・している	最近だと	年 月 日頃
	ノミ・ダニ	していない・している	錠剤・チュアブル・スポット・その他	
病歴	事故・ケガ	していない・している	市販薬 ・ 病院処方薬	
	持病	ない・ある	いつごろですか？→	年 月 日頃
	飲んでいる薬	ない・ある	どうされましたか？→	
現在の生活環境を教えてください	室外・室内（散歩あり）・室内（散歩なし）・自由に出入り			
他に犬猫その他の動物を飼われていますか？	いいえ・はい → （ ）			
食事について教えてください	缶詰め・ドライフード・処方食・手作り・その他（ ）			
	メーカー・商品名（ ）			1日 回
注射や薬で異常・アレルギーがでたことはありますか？	ない・ある	原因が分かれば→ 症状が分かれば→		
保険に加入していますか？	いいえ・はい	保険会社名→		
どのように当院をお知りになりましたか？	a. 病院を直接見た b. 紹介者：有（ ）・無			
	c. 看板 d. HP e. 口コミサイト（ ）			
	f. SNS（Twitter、Facebook、Instagram、YouTube）			
	g. 以前かかっていた h. その他（ ）			