

問診票



■飼い主様の情報

※2 頭目以降省略可能です

ふりがな	〒		
お名前	ご住所		
電話番号	緊急のご連絡先	ご家族人数	人（子供有・無）

■ペットの情報

お名前	品種（	毛色（	）
性別	☐ オス ☐ メス	不妊手術	☐ 未 ☐ 済（西暦 年 月頃）
誕生日	西暦 年 月 日	いつから飼っている？	西暦 年 月頃
保険	☐ 未加入 ☐ 加入済（ ☐ アニコム ☐ アイペット ☐ その他）		
予防	☐ 狂犬病（最終接種日：西暦 年 月頃） ☐ 集合注射 ☐ 病院（病院名：）		
	☐ 混合ワクチン（ 種、最終接種日：西暦 年 月頃）（病院名：）		
	☐ フィラリア ☐ ノミ・マダニ ☐ その他（ ）（病院名：）		
	（ 月～ 月）（ 月～ 月）		
【1】どのようにお迎えしましたか？	☐ 購入した（どこで：） ☐ もらった ☐ 自宅で生まれた ☐ 拾った ☐ その他		
【2】飼育している場所は？	☐ 常に室内 ☐ ほぼ室内 ☐ 室内室外半々 ☐ ほとんど屋外 ☐ いつも屋外 ☐ その他		
【3】同居の動物はいますか？	☐ 犬（ 頭） ☐ 猫（ 頭） ☐ なし ☐ その他（ ）		
【4】いつも何を食べていますか？	☐ ウェット ☐ ドライ（商品名：） ☐ 人間の食物・その他（ ）		
【5】本日の来院理由は？	☐ 予防（ ☐ 狂犬病予防接種 ☐ 混合ワクチン ☐ フィラリア ☐ ノミ・マダニ） ☐ 診察 ☐ 健診 ☐ セカンドオピニオン ☐ その他（ ）		
【6】「診察」とお答えの方はご記入下さい。	いつ頃からですか どこが悪そうですか どんな症状ですか		
【7】病気やケガで病院にかかったことはありますか？また、現在治療中の病気・ケガはございますか？	☐ なし ☐ あり（ ）		
【8】薬や注射で具合が悪くなった事がありますか？また、そのお薬名がわかりましたら、ご記入下さい。	☐ なし ☐ あり（ ）		
【9】当院をどのように知りましたか？	☐ 検索（Yahoo・Google） ☐ SNS（インスタ・YouTube） ☐ Web広告 ☐ Googleマップ ☐ 口コミサイト ☐ ご紹介 ☐ その他		
【10】当院を受診しようと思われたきっかけは何ですか？			
【11】当院からお知らせなどをお送りしてもよろしいですか？	☐ はい ☐ いいえ		