

問診表

記入日 年 月 日

オーナー様情報			動物情報			
フリガナ			フリガナ	種類		
お名前			お名前	犬・猫・その他 ()		
ご住所	〒		品種	毛色		
			生年月日 (現在 年 月 日 才)	同居動物	無・有 種類()	
電話番号			性別	オス・メス・去勢オス・避妊メス 手術日(年 月 日)		
ご紹介者		ご職業	ペット保険	未加入・加入(保険名)		

質問 1 本日、来院された理由はなんですか？ 丸をつけてください。

診察

※診察の方は下記の質問にお答えください。

予防

健康診断

(ノミ・ダニ予防 フィラリア予防
各種ワクチン 健康診断)

質問 2 いつごろから、どのような症状ですか？

例) 昨日から咳をしている。今日の朝机から落ちて足をあげたまま。など

()

質問 3 現在何か投薬していますか。

なし あり

(薬品名)

質問 4 そのような症状は初めてですか？

はじめて 以前にもなった

(それはいつごろですか _____
そのとき病院に行った・病院に行かなかった)

質問 5 今まで病気で、他の動物病院を受診したことはありますか？

なし あり

質問 6 受診されたことがある方は、その時の治療内容を簡単にお書きください。

質問 7 予防接種は受けていますか？

混合ワクチン (最終接種年月日: 年 月 日)

狂犬病ワクチン (最終接種年月日: 年 月 日)

質問 8 フィラリア予防はしていますか？

・内服薬 ・スポット剤 ・注射 ・その他 ・していない

(最終投薬年月日: 年 月 日)

質問 9 ノミ・ダニ予防はしていますか？

・内服薬 ・スポット剤 ・その他 ・していない

(最終投薬年月日: 年 月 日) 商品名()

質問 10 薬を飲ませることはできますか？(複数回答可)

・錠剤 ・粉薬 ・水薬 ・飲ませられるが困難 ・投薬はしたことがない

質問 11 診察・治療について、ご希望があればご記入ください。