



# 初診問診票（犬）

言葉が話せない患者さんの代わりにお答えください

◎飼い主様

年 月 日 カルテNo. \_\_\_\_\_

ふりがな	ご住所 〒 _____		
お名前			
電話 _____	携帯 _____	FAX _____	
メールアドレス	勤務先		
当院からのDM（ワクチン接種など予防のご案内）をお送りしてもよろしいですか		<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ

◎ペットの情報

ふりがな	性別 <input type="checkbox"/> オス <input type="checkbox"/> メス	ペット保険 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
ペットの名前 ちゃん	去勢・避妊 <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 済（ 年 月頃）	<input type="checkbox"/> アニコム <input type="checkbox"/> アイペット <input type="checkbox"/> その他（ ）
品種	毛色	生年月日 年 月 日

◎ご来院の目的

具合が悪そう いつから
どのように
ワクチン接種・予防（ ）健康チェック・相談（ ）

◎予防について

混合ワクチン接種	<input type="checkbox"/> している（ 年 月 日頃 種混合）	<input type="checkbox"/> していない
狂犬病予防注射接種	<input type="checkbox"/> している（ 年 月 日頃）	<input type="checkbox"/> していない
フィラリア予防	<input type="checkbox"/> している（最終投薬日 年 月 日頃）	<input type="checkbox"/> していない
ノミ・マダニ予防	<input type="checkbox"/> している（最終投薬日 年 月 日頃）	<input type="checkbox"/> していない

◎病歴について

過去に治療、手術を受けた病気、ケガ	<input type="checkbox"/> ある（傷病名など） <input type="checkbox"/> ない
現在治療中の病気、ケガ	<input type="checkbox"/> ある（傷病名など） <input type="checkbox"/> ない
現在投薬中のお薬	<input type="checkbox"/> ある（薬品名など） <input type="checkbox"/> ない
お薬や注射での副作用	<input type="checkbox"/> ある（具体的に） <input type="checkbox"/> ない

◎生活環境について

同居動物の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ある（具体的に）
過ごしている場所	<input type="checkbox"/> 屋内 <input type="checkbox"/> 屋外 <input type="checkbox"/> 屋内と屋外両方
食事	<input type="checkbox"/> ドライフード <input type="checkbox"/> 缶詰 <input type="checkbox"/> 手作り <input type="checkbox"/> その他（人の食べ物など）

◎当院を何でお知りになりましたか

<input type="checkbox"/> 紹介（お名前 _____）	<input type="checkbox"/> 病院を直接見て	<input type="checkbox"/> お住いの近く	<input type="checkbox"/> 以前かかっていた	<input type="checkbox"/> 看板	
<input type="checkbox"/> ホームページ（HP 閲覧のきっかけ <input type="checkbox"/> チラシ <input type="checkbox"/> フリーペーパー <input type="checkbox"/> 検索サイト）					<input type="checkbox"/> その他（ ）

ご協力ありがとうございました 米野木台どうぶつ病院