



この問診票は、あなたのペットを診察する上で大切な資料となります。わかる範囲で詳しく教えてください。

H 年 月 日 カルテ NO.

■飼い主様について

お名前 フリガナ	ご住所 〒	ご職業
ご趣味	TEL	FAX
		携帯番号

■ペットについて

お名前	品種	毛色	性別(○印)	生年月日(年齢)	性格(番号に○印)
			オス メス 去勢・避妊済	年 月 日 才	① おとなしい～普通 ② 神経質 ③ 攻撃的

〔今日はどうされましたか〕

① 具合が悪い

皮膚・耳・下痢・嘔吐・咳・食欲不振・できもの
その他(具体的に)

[]

→ いつからですか

[]

② 健康チェック・相談 ③ 予防接種

④ 予防(フィラリア・ノミダニ) ⑤ 避妊・去勢

⑥ その他 ()

〔いつも飼っている場所は〕

① 室内のみ ② 出入り自由 ③ 屋外で放し飼い

〔お散歩は出ますか〕

① 出る(1日平均__分くらい)

② 全く散歩に出ない

〔入手方法は〕

① 買った(店名)

② もらった ③ 自宅で生まれた ④ 拾った

〔いつも食べているものは〕

① 専用フード(ドライフード・缶詰・その他)

メーカー又は商品名_____

② 人の食べ物をあげる(その他・間食等)

(具体的に) _____

〔定期的な予防接種はうけていますか〕

① 毎年している

狂犬病ワクチン (H 年 月 日)

混合ワクチン (H 年 月 日 __種)

② わからない

③ うけたことはない・最近はしていない

〔定期的なフィラリア予防をしていますか〕

① はい

② いいえ

〔定期的なノミ予防をしていますか〕

① 滴下薬など(フロントライン/レボリューションなど)

② 内服薬

③ ノミ取り首輪

④ 何もしていない

〔大きな病気や事故をしたことがあれば書いてください〕

〔当院をお知りになったきっかけは(複数回答可) 〕

① ご紹介 _____ 様 _____ ちゃん

② 近所・通りがかり ③ チラシ ④ 電話帳

⑥ ホームページ ⑦ インターネット

⑧ その他 ()

■治療についてのアンケートをお願いします。

〔どのような治療をご希望されますか〕

① 最善の治療をしたい。

② 検査をした上で、治療法を選択したい。

③ 対症療法のみ希望する。

