

問診票

☐初めての来院 ☐来院歴あり(☐初めての子 ・ ☐同じ子※)カルテNo, _____

※太枠のみ(3か所)ご記入ください

飼い主様のお名前	フリガナ	電話番号	
ご住所	〒		

動物のお名前	フリガナ	生年月日	西暦	年	月	日(歳)
		飼い始めた日	西暦	年	月	日
種 類	☐ 犬 ☐ 猫	性別	☐ オス ☐ メス			
品 種		避妊・去勢	☐ 未 ☐ 済			
性格	☐ おとなしい ☐ 人懐っこい ☐ 怖がり ☐ 怒りっぽい					

動物保険	☐ 入っている(アニコム・アイペット・その他) ☐ 入っていない				
混合ワクチン	☐ 毎年実施(年 月 日) ☐ 以前にしたことがある ☐ していない ☐ わからない				
狂犬病ワクチン	☐ 毎年実施(年 月 日) ☐ 以前にしたことがある ☐ していない ☐ わからない				
フィラリア予防	☐ 毎年実施(月～ 月頃) ☐ 以前にしたことがある ☐ していない ☐ わからない				
ノミ・ダニ予防	☐ 毎年実施 ☐ 以前にしたことがある ☐ していない ☐ わからない				

過去に大きな病気をしたことがありますか？	☐ ない ☐ ある(病名)
現在治療中の病気がありますか？	☐ ない ☐ ある(病名)
薬で副作用が出たことがありますか？	☐ ない ☐ ある(薬名)
ワクチンなどでアレルギーが出たことがありますか？	☐ ない ☐ ある(種類)

ご来院のきっかけ	☐ 以前より知っていた ☐ インターネット/ホームページ
	☐ ご紹介(様) ☐ その他()

本日はどうされましたか？(複数○をつけても可) 症状のある方は詳しくご記入お願いします。

混合ワクチン・狂犬病ワクチン・フィラリア予防・ノミ・ダニ予防・避妊去勢手術の相談・健康診断
爪切り・肛門腺処置・耳そうじ・下痢・嘔吐・食欲不振・元気消失・かゆみ・血尿・歩行異常・できもの・咳