

# 問 診 票

おわかりになる範囲で結構ですから、あてはまる所に○印をつけ、ご記入下さい。  
但し、緊急救命処置を要する場合はすぐに申し出て下さい。

ふりがな  
飼主氏名 \_\_\_\_\_ 1.ご本人 2.代理(氏名 \_\_\_\_\_)  
〒 ( \_\_\_\_\_ ) ※代理の方と飼主とのご関係 ( \_\_\_\_\_ )

ご住所 \_\_\_\_\_ 主な通院手段: 徒歩 自転車 自動車(自家用・タクシー)他( \_\_\_\_\_ )  
通院所要時間 約 \_\_\_\_\_ 分

電話 \_\_\_\_\_ 携帯 \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_

ペットの種類 犬 ( \_\_\_\_\_ ) 猫 ( \_\_\_\_\_ ) その他 ( \_\_\_\_\_ )  
例: 犬(柴) 兎 ( \_\_\_\_\_ ) 鳥 ( \_\_\_\_\_ ) 保険加入 ( 有・無 )

ペット名 \_\_\_\_\_ 年齢 \_\_\_\_\_ 才 \_\_\_\_\_ ヶ月 ( \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日生)

性別 おす めす 去勢済 避妊済 飼育環境 室内(外出: 有 無 ) 室外  
食物・フード(銘柄: \_\_\_\_\_ )・手作り食・おやつ・その他 ( \_\_\_\_\_ )

- 来院されるのは初めてですか?  
1. はじめて 2. 以前に来院 3. 他のペットで来院
- はじめての方へ: どのようにして当院を知りましたか?  
1. 知人等の紹介 2. インターネット・ホームページ(携帯/パソコン) 3. その他 ( \_\_\_\_\_ )
- 元気はありますか?  
1. ある 2. 少しない 3. ない
- 食欲はありますか?  
1. おう盛 2. ふつう 3. 少しは食べる  
4. 食欲あるが食べられない 5. まったく食べない
- 今回の病気で他の病院の診察や治療を受けていますか? 1. はい 2. いいえ
- ここ1年以内にワクチンを受けさせていますか? 1. はい 2. いいえ

①の方は分かればワクチンの種類と接種時期を教えてください。

犬 1. 狂犬病 ( \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月) 猫 1. 3種混合 ( \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月)  
2. 5種混合 ( \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月) 2. 4種混合 ( \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月)  
3. 6種混合 ( \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月) 3. 白血病ウイルス ( \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月)  
4. 7種混合 ( \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月) 4. エイズウイルス ( \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月)  
5. 8種混合 ( \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月) 5. その他 ( \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月)  
6. その他 ( \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月)

- 過去にワクチンや薬、食物等でアレルギー等を起こしたことがありますか?  
・ 1. ある (ワクチン・薬・食物・他 \_\_\_\_\_ ) 2. ない

