

No. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

飼い主様のお名前	ふりがな		お電話番号	
			携帯電話	
ご住所	〒 _____ - _____			
ご職業		メールアドレス	_____@_____	

動物のお名前	ふりがな		性別	オス・メス	去勢済・避妊済
動物の種類	いぬ	ねこ	主な生活場所	室内	室外 両方
動物の品種		生年月日	西暦	年 月 日	才
同居動物	いない ・ いる【犬 匹、猫 匹、他（ ） 匹】				
ペット保険	アニコム・アイペット・アクサ・その他（ ） ・ 加入していない				

ペット保険に加入している方は、この問診票と一緒に保険証をご提示ください。

### ☆予防について教えてください☆

- 最後に混合ワクチンを接種したのはいつですか  
\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日（ \_\_\_\_\_種）  
接種していない
- 最後にノミなどの予防をしたのはいつですか  
\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月頃 { 首に滴下するタイプ  
予防していない { おやつタイプ
- 最後にフィラリア予防をしたのはいつですか  
\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月頃 { 首に滴下するタイプ  
予防していない { おやつタイプ  
錠剤  
注射
- ワンちゃんの飼い主様へ  
狂犬病の予防接種を毎年受けていますか  
1年以内に受けた（ \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月）  
受けたことはあるが、1年以上経過している  
一度も受けたことがない
- ネコちゃんの飼い主様へ  
単独で外出することはありますか  
毎日する ・ ときどきする ・ しない

### ☆既往歴について教えてください☆

- 大きなケガや病気をしたことはありますか  
ない  
ある \_\_\_\_\_（ \_\_\_\_\_才のとき）  
わからない
- 不妊手術以外の手術を受けたことがありますか  
ない  
ある \_\_\_\_\_（ \_\_\_\_\_才のとき）  
わからない
- 現在、服用中の薬はありますか  
ない  
ある（ \_\_\_\_\_）
- 毎日の食事を教えてください  
動物用：ドライ・ウェット・混ぜて  
製品名（ \_\_\_\_\_）  
家庭内調理（ \_\_\_\_\_）  
人間のもの（ \_\_\_\_\_）

2枚目に続きます

☆当院をお知りになったきっかけを教えてください☆(複数回答可)

- |                                      |                               |
|--------------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 通り掛かり・近所    | <input type="checkbox"/> 他院紹介 |
| <input type="checkbox"/> インターネット検索   | (病院名: )                       |
| <input type="checkbox"/> 検索エンジン      | <input type="checkbox"/> 駅看板  |
| <input type="checkbox"/> 口コミサイト      | <input type="checkbox"/> チラシ  |
| <input type="checkbox"/> 知人・お散歩中間の紹介 | <input type="checkbox"/> その他  |
| (ご紹介者様: )                            | ( )                           |

☆診療のご希望をお聞かせください☆(複数回答可)

- なるべく短い時間/通院回数で病気を治すことを最優先に治療してもらいたい
- 治療内容/治療費に関しては事前に詳しく説明してもらいたい
- 病気の治療だけでなく、健康チェックもしてもらいたい
- できる限り最先端の治療をしてもらいたい
- 必要だと思われる検査はすべておこなってもらいたい
- 病気の治療だけでなく、予防に関する情報も詳しく説明してもらいたい
- セカンドオピニオンをお願いしたい

☆ご関心のあることを教えてください☆(複数回答可)

- |                                      |                                  |
|--------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 健康診断        | <input type="checkbox"/> お食事     |
| <input type="checkbox"/> 避妊・去勢       | 内容 ( )                           |
| 内容 ( )                               | <input type="checkbox"/> ダイエット   |
| <input type="checkbox"/> スキンケア/シャンプー | 内容 ( )                           |
| 内容 ( )                               | <input type="checkbox"/> おやつ     |
| <input type="checkbox"/> 歯磨き         | 内容 ( )                           |
| 内容 ( )                               | <input type="checkbox"/> 高齢期ケア   |
| <input type="checkbox"/> サプリメント      | 内容 ( )                           |
| 内容 ( )                               | <input type="checkbox"/> その他 ( ) |

☆ご意見・ご感想をご記入ください☆