

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	〒 _____ マンション名、号室までご記入ください。			
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。

予防などのお知らせハガキを希望しない

☆ 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

☆来院理由について教えてください☆

- 気になる症状など、来院理由をご記入ください ()
- いつ頃からですか ()
- どのような様子から気づきましたか ()
- これまでに治療を受けていますか はい ・ いいえ

☆最近の様子について

- 食欲に変化はありますか 増えた ・ 変わらない ・ 減った ・ 全く食べない
- 水を飲む量に変化はありますか 増えた ・ 変わらない ・ 減った
- 体重に変化はありますか 増えた ・ 変わらない ・ 減った
- 尿や便の状態に変化はありますか いいえ ・ はい
- 咳をすることはありますか いいえ ・ はい
- 吐くことはありますか いいえ ・ はい

☆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)

- 通り掛かり・近所
- インターネット検索
 - 検索エンジン
 - 口コミサイト
- 知人・お散歩仲間の紹介 (ご紹介者様:)
- 他院紹介 (病院名:)
- 駅看板
- その他 ()

☆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

ご協力ありがとうございました。



アニマどうぶつ病院