

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	

 予防などのお知らせハガキを希望しない

動物のお名前	ふりがな	動物の種類	<input type="checkbox"/>  いぬ	<input type="checkbox"/>  ねこ
		性別	オス・メス	去勢済・避妊済
動物の品種		生年月日	西暦	年 月 日 才
主な生活場所	室内・室外・両方			
同居動物	<input type="checkbox"/> いない・ <input type="checkbox"/> 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したのはいつですか

 年 月 頃

 首に滴下するタイプ おやつタイプ

 予防していない

最後にフィラリア予防したのはいつですか

 年 月 頃

 首に滴下するタイプ おやつタイプ

 錠剤 注射

 予防していない


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 (オのとき)

 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 (オのとき)

 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）

- | | |
|------------------------------------|---------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 通り掛かり・近所 | <input type="checkbox"/> 知人・お散歩仲間の紹介（ご紹介者様：_____） |
| <input type="checkbox"/> インターネット検索 | <input type="checkbox"/> 他院紹介（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"/> 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。

