

ID: -

《ご家族様の情報》

ふりがな		ご連絡先	ご自宅電話番号
ご家族様氏名			- -
ご住所	〒 -		携帯電話番号
ご職業		勤務先	
		勤務先電話番号	- -

《愛犬・愛猫の情報》

名前	ちゃん	動物種	犬 ・ 猫
品種			
毛色		生年月日	年 月 日
性別	男の子 ・ 女の子 ・ 不明		(現在 才)
避妊・去勢手術	している (才頃手術済) ・ していない		

《ご来院の目的》あてはまる項目に☑をつけてください(複数選択可)

具合が悪い ワクチン接種 健康診断 避妊・去勢手術希望 相談
 セカンドオピニオン※(がん、腫瘍 ・ その他) 他院より紹介(紹介先病院名:)
 具合が悪い場合、いつからどんな様子が詳しくご記入ください

※セカンドオピニオンに☑をされた方にお伺いいたします(複数選択可)

診断が正しいかどうか確認したい 診断内容について詳しく知りたい 現在の治療方法が適切かどうか確認したい
 別の治療法があるかどうか確認したい 手術が必要かどうか確認したい これからの見通しを知りたい その他
 現在の病名や病状、現在の治療法等詳しくご記入ください

《あてはまる項目に○をつけて、わかる範囲でご記入ください》

★ワクチン接種(混合ワクチン)は行っていますか？ 接種済み(種類: 種混合ワクチン) ・ 未接種 ・ わからない
 前回の混合ワクチン接種はいつ頃ですか？(年 月 日)

★狂犬病ワクチンは行っていますか？(犬のみ) 接種済み ・ 未接種 ・ わからない
 前回の狂犬病ワクチン接種はいつ頃ですか？(年 月 日)

★フィラリア症(蚊が媒介する病気)の予防は行っていますか？
 予防している(予防薬の種類や名前: 最終予防日: 年 月 日) していない ・ わからない

★ノミ・マダニの予防は行っていますか？
 予防している(予防薬の種類や名前: 最終予防日: 年 月 日) していない ・ わからない

★どのような経緯でお家に来ましたか？
 ペットショップ ・ ブリーダー ・ 自宅で産まれた ・ 譲り受けた ・ 拾った

★いつも居る場所は？ 完全室内 ・ 室内、屋外(庭など)の両方 ・ 完全屋外

★どのような食事を食べていますか？
 ドライフード(メーカー・商品名:) ウエット・缶詰(メーカー・商品名:)
 人間の食べ物() 特に好きな食べ物()

★当院からDM(予防のご案内ハガキ等)をお送りしてもよろしいですか？ 希望する ・ 希望しない

ご記入ありがとうございました。問診票を受付へお渡しく下さい。