



# 初診問診票

No. □□□□

年 月 日

飼い主様のお名前	フリガナ	電話番号	
		緊急連絡先	
ご職業		メールアドレス	
ご住所	〒 (            )		
ペット名	ちゃん	生年月日/年齢	年 月 日 (            )才
品種		性別	<input type="checkbox"/> オス <input type="checkbox"/> メス
不妊手術	<input type="checkbox"/> 済 (手術時期            年 月 日) <input type="checkbox"/> 未		
入手方法	<input type="checkbox"/> ペットショップ <input type="checkbox"/> ブリーダー <input type="checkbox"/> 自宅で生まれた <input type="checkbox"/> 里親 <input type="checkbox"/> もらった <input type="checkbox"/> 拾った <input type="checkbox"/> その他 (            )		
同居日	年 月 日		

## ◆本日の来院理由

- ①具合が悪そうだから    ②健康チェック    ③ワクチン接種    ④フィラリア、ノミ・ダニ予防  
⑤相談 (検査結果などあればご提出ください)

①の場合

いつからですか	
どんな症状ですか	

## ◆生活環境

飼育場所	<input type="checkbox"/> 屋内 <input type="checkbox"/> 屋外 <input type="checkbox"/> 自由に外出
食事	回数：1日（                  ）回 内容： <input type="checkbox"/> ドライフード <input type="checkbox"/> ウェットフード（缶詰・レトルトなど） <input type="checkbox"/> 手作り <input type="checkbox"/> その他
同居動物の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ある ※具体的に <input type="checkbox"/> 犬（                  ）匹 <input type="checkbox"/> 猫（                  ）匹 その他の動物（                  ）

## ◆予防

ノミ・ダニ予防	<input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> している（前回投薬日                  年    月    日）
混合ワクチン	<input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> している（                  ）種混合ワクチン （前回接種日                  年    月    日）
猫エイズ・猫白血病血液検査	<input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> している（前回検査日                  年    月    日）
猫エイズワクチン	<input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> している（前回接種日                  年    月    日）
猫白血病ワクチン	<input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> している（前回接種日                  年    月    日）

## ◆病歴

過去、治療を受けた病気	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある（病名                  ）
手術の有無	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある（具体的に                  ）
現在治療中の病気	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある（病名                  ）
現在投薬中の薬	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある（薬品名                  ）
お薬や注射での副作用	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある（具体的に                  ）
アレルギーの有無	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある（具体的に                  ）

## ◆当院を初めて知ったきっかけについて、下記の項目で該当するものにチェックをしていただけますと幸いです。

<input type="checkbox"/> 以前から知っていた <input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> 知人からの紹介 <input type="checkbox"/> 病院の前にある看板
<input type="checkbox"/> 以前かかっていた <input type="checkbox"/> クチコミサイト <input type="checkbox"/> 他院からの紹介（病院名：                  ）
<input type="checkbox"/> その他（                  ）

※そのほか気になること、獣医師へ相談したいことがあればご記入ください。

--

個人情報の取り扱いについて： 収集した個人情報は、ご本人の同意がない限り、病院業務以外の目的に使用しないと  
ともに第三者に提供および預託いたしません。 長居動物病院 院長