



問診票 Medical interview Sheet

わんちゃん・ねこちゃん・フェレットちゃん用

当院使用欄

Data登録日 _____ 年 月 日

カルテNo _____

受付で記入済みの問診票を渡して頂くと初診登録がスムーズになります

飼い主さまの ふりがな

お名前 _____

ご住所 〒 _____
都 県 _____

TEL _____ (携帯・自宅)

ペットの ふりがな

お名前 _____

動物種 _____ 品種 _____

生年月日 _____ 年 月 日 _____ 歳

性別 男の子・女の子 去勢・避妊手術はしていますか はい・いいえ

マイクロチップ あり・なし (MCナンバー: _____)

他の子で当院にかかった事がある あり (かかった子のお名前: _____)
なし

いつから自宅にいますか? _____ 年 月 日 頃



言葉が話せない動物に代わって、なるべく詳しくお書きください

※ 当てはまる にチェックを入れ必要事項を記入してください

- 来院のご理由 予防接種 健康診断 避妊・去勢のご相談
- 相談・セカンドオピニオン
- 具合が悪い _____

- 過去の病歴 あり いつ頃: _____ 年 月 日
- 病名: _____
- なし

- 過去の予防接種 ある 混合ワクチン (_____ 種ワクチン) / 狂犬病予防
- 最終接種日 _____ 年 月 日

- ペットの性格 非常におとなしい 普通 神経質
- よく噛む ちょっと危険

- フィラリア予防 あり 最終投薬日: _____ 年 月 日
- なし

- ペットの入手先 購入した (ショップ名: _____)
- もらった 保護した 自宅で生まれた

- ノミ予防 あり 最終投薬日: _____ 年 月 日
- なし

- 当院を知った理由 当院ホームページ その他ポータルサイト
- 紹介(紹介者: _____) LINE