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

毛色

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

● フィラリア予防
- □ あり　最終投薬日：　　年　月　日
- □ なし

● ノミ予防
- □ あり　最終投薬日：　　年　月　日
- □ なし

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

● 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

● 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

● 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