

問診表

※のついた個目は必ずご記入下さい

※記入者名： _____

※動物の名前： _____

※マイクロチップ： 有 ・ 無 ・ 不明

※性別： _____ ※避妊・去勢手術： 済（ _____ 年 _____ 月実施） ・ 未 ・ 不明

※生年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日 ・ 不明（推定 _____ 歳）

飼育開始年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

※品種： _____ ※毛色： _____

飼育環境： 室内のみ ・ 室外のみ ・ 両方（お散歩程度 ・ 頻繁に外出 ・ 出入り自由）

飼育歴（子犬または子猫のみ記入）： 以前にも飼った事がある（犬・猫・両方） ・ 初めて

他に飼育されている場合：動物種および頭数： _____

食事の種類： ドライ： _____ セミウエット： _____ ウエット： _____

人間の食べ物： _____ その他おやつ・サプリなど： _____

※導入方法： ペットショップ（店舗名： _____） ・ ブリーダー ・ 知人 ・ 保護 ・ 他：

当院をお知りになった方法： ネット検索 ・ 病院の前を通過

別の子で受診（名前： _____） ・ 紹介（紹介者名： _____） ・ 他：

※予防歴

- | | | | |
|----------|----------------------------|---------|------|
| ・混合ワクチン | している→最終予防： _____ 年 _____ 月 | ・ していない | ・ 不明 |
| ・狂犬病ワクチン | している→最終予防： _____ 年 _____ 月 | ・ していない | ・ 不明 |
| ・フィラリア予防 | している→最終予防： _____ 年 _____ 月 | ・ していない | ・ 不明 |
| ・ノミ・ダニ予防 | している→最終予防： _____ 年 _____ 月 | ・ していない | ・ 不明 |

今までに大きな病気や怪我、手術や出産をした場合や、持病がある場合はご記入ください。

今までに使用して副作用が出た薬剤やワクチン、あるいは使用に抵抗がある薬剤などがあればご記入ください。（薬剤名・症状等）

ワクチン予定日や健康診断などのご案内（はがき）： 希望する ・ 希望しない

ペット保険： 加入（会社名： _____） ・ 未加入

*当院ではペット保険の窓口精算に対応しておりません。請求に際して必要なもの（診断名の記入・印鑑等）がありましたら事前に受付のスタッフにお申し付けください。

問診表

診察時、デイリーケア（爪切り、耳そうじ、肛門腺しぼりなど）はご希望されますか？

（処置を行なった場合は別途料金がかかります。また、攻撃的・ストレスになるなどの理由で、処置が行なえない場合もございます。）

- 希望する
- 必要と判断される場合のみ希望
- 必要かどうかのチェックのみ希望
- 希望しない
- その他：

病気になった際、どの程度まで検査・治療をご希望されますか？（複数可）

（状態次第で随時変更可能ですので、お気軽にご相談ください。

また、状態に合わせてこちらからご提案させていただく場合もございます。）

- 可能性のある疾患に関する検査は積極的にしてほしい
- 検査は必要最低限で良い
- あまり検査はせず、その時の症状に合わせた治療のみ希望
- 金額次第
- その他：

その他、何かご希望があれば、何でもご記入ください。
