



## 問診票

### 飼主様

ご住所	〒	フリガナ	
		飼主様氏名	
電話番号		携帯電話	E-mail

### ワンちゃんネコちゃん

お名前		性別		生年月日	西暦	年	月	日	年齢	才
種類	犬・猫・その他 ( )	品種		毛色						
避妊去勢手術	している ・ していない	ペット保険	加入している・していない ( )							
本日はどうされましたか？	健康診断 ・ ワクチン ・ 歯科検診 ・ 具合が悪い ・ その他									

症状やご相談内容をなるべく具体的にご記入ください

おうちへ来た経緯	購入した（購入場所 ( )）・知人から・自宅で生まれた 保護した ・ その他 ( )
食事の回数・内容	1日 回 内容 ( )
生活している場所	室内 ・ 室外 ・ その他 ( )
散歩	1日 回 分・時間 程度
歯磨きしている	している（具体的に ( )）・していない
他に同居している動物	いる・いない 種類 ( )
以前飼われていた動物	あり ・ なし 飼われていた動物 ( )

### 予防歴

混合ワクチン	済み・未接種	種類 ( ) いつ頃 ( )	狂犬病予防接種	済み・未接種	いつ頃 ( )
フィラリア予防	している・ していない	種類 ( ) いつ頃 ( )	ノミ・ダニ予防	している・ していない	種類 ( ) いつ頃 ( )

### 病歴

現在治療中の病気	有・無	詳細 ( )
過去にかかった病気	有・無	詳細 ( )
アレルギーの有無	有・無	詳細 ( )

来院はどのようなきっかけでしたか？

ホームページ・ご紹介 ( ) 様より) ・ 通りがかりで ・ その他 ( )