問診票

ご住所	フリガナ 〒			
お名前	フリガナ	電話番号	ご自宅 携帯	
動物のお名前	フリガナ	品種		性別　♂　♀
生年月日	20　年　月　日	お家に来た日	20　年　月　日	

1．今日はどうされましたか？

□混合ワクチン　□狂犬病ワクチン　□フィラリア予防　□ノミマダニ予防　□眼科診察

□診察　(現在の症状：　　)

2．１で診察を選ばれた方、他の病院で検査、治療をされましたか？

□はい(診断名：　　治療：　　)　□いいえ

3．今までに病気をしたことがありますか？

□はい(病名　　)　□いいえ

4．避妊、去勢手術をしていますか？

□はい(　　年　　月頃)　□いいえ

5．混合ワクチンは接種していますか？

□毎年受けている　□１歳未満の時だけ　□_____年まで受けていた　□わからない

6．狂犬病予防接種は接種していますか？　(ワンちゃんのみ)

□毎年受けている　□１歳未満の時だけ　□_____年まで受けていた　□わからない

7．フィラリア予防は毎年していますか？

□はい（　1年間予防　・　春～秋　・　時々)　□いいえ(1年以上していない　・　わからない　)

8．ノミ・マダニ予防はしていますか？

□はい（　1年間予防　・　春～秋　・　時々)　□いいえ(1年以上していない　・　わからない　)

9．飼育環境を教えてください。

□室内　□完全室外　□室内↔室外　□同居動物　いない　・いる　(犬・猫・その他　　)

10．この子の性格を教えてください。(複数回答可)

□フレンドリー　□家族以外には慣れていない　□大人しい　□他の動物が苦手　□怖がり

□嫌なことをされると怒る

11．ペット保険は加入されていますか？

□はい(保険会社名：　□アニコム　□その他　　)　□いいえ

12．当院をどのように知りましたか？

□ホームページ　□Googleなどの検索サイト　□近所　□同居動物で通院歴あり　□ご紹介(　　様)　□その他(　　)