

大久保動物病院 初診問診票

年 月 日
No.

【飼い主様情報】

フリガナ		ご住所	〒		-	
お名前						
携帯	-	-	固定電話	-	-	ご職業
家族構成	人（うち 小学生以下____人）		メールアドレス			
当院をどのようにして お知りになりましたか？			☐ ご紹介（知人 _____）（他院 _____） ☐ ホームページ ☐ 当院以外のサイト ☐ 病院をみて ☐ 電話帳 ☐ その他（ _____ ）			

【動物情報】

お名前		動物種	☐ 犬 ☐ 猫 ☐ 鳥 ☐ 兎 ☐ 他（ _____ ）						
品種		性別	☐ オス ☐ 去勢オス ☐ メス ☐ 避妊メス		生年月日	西暦	年	月	日
毛色		生活環境	☐ 室内 ☐ 屋外 ☐ 他（ _____ ）		飼い始めた日	西暦	年	月	日
食事内容	☐ ドライフード ☐ 缶詰 ☐ 半生 ☐ 手作り食 ☐ 他（ _____ ）		1日の食事回数		回	散歩	☐ 行く ☐ 行かない		
同居動物	☐ 犬 頭 ☐ 猫 頭 ☐ 鳥 羽 ☐ 他（ _____ ）	入手方法	☐ ペットショップ ☐ ブリーダー ☐ 知人 ☐ 拾った ☐ 自宅で生まれた ☐ 他（ _____ ）						
保険加入	☐ はい 保険会社名（ _____ ） ☐ いいえ								
かかりつけ医	☐ ある 病院名（ _____ ） ☐ いいえ								

【予防・既往歴】

ワクチン接種をしていますか？	☐ ____種混合ワクチン /最終接種日（西暦） 年 月 日 ☐ 狂犬病予防注射 /最終接種日（西暦） 年 月 日 ☐ いいえ		
フィラリア予防はしていますか？	☐ はい /最終投薬日（西暦） 年 月 日 ☐ いいえ		
ノミ・ダニ予防はしていますか？	☐ はい /最終投薬日（西暦） 年 月 日 ☐ いいえ		
今までに大きな病気や注射による ショック、アレルギーなど ありましたか？	☐ はい _____ ☐ いいえ		

【来院目的】

☐ 体調が悪い ☐ ワクチン接種 ☐ フィラリア予防 ☐ 健康診断・相談 ☐ その他 ☐ セカンドオピニオン ◎体調が悪いとお答えの飼い主様へ質問	◎いつから、どのように具合が悪いですか？		
症状			
今、治療中の病気や投薬中の薬はありますか？			
☐ はい 病名・症状 _____ _____ お薬の種類 _____ ☐ いいえ			
当院からワクチンや各種予防などのお知らせを希望しますか？		☐ はい（ハガキ・メール） ☐ いいえ ↑ 希望の方はどちらかに○をつけてください	