

# 問診票 このはな動物病院

|     |      |    |     |            |                  |      |
|-----|------|----|-----|------------|------------------|------|
| 飼主名 | フリガナ |    | 動物種 | 犬・猫・その他( ) |                  |      |
|     |      |    |     |            |                  |      |
| 呼名  | ちゃん  | 品種 | 性別  | オス・メス・不明   | 避妊・去勢手術はしてありますか？ |      |
|     |      |    |     |            | してる              | してない |
| 毛色  | 生年月日 | 西暦 | 年   | 月          | 日                | 年齢   |
|     |      |    |     |            |                  |      |

かわいい患者さんに代わってお答えください

|        |                                       |   |                           |
|--------|---------------------------------------|---|---------------------------|
| 生活環境   | ○ 動物を飼うのは初めてですか？                      | 初めて                                     | 回目                        |
|        | ○ 入手方法は？                              | ①買った( )                                 | ②もらった ③自宅で産れた ④拾った ⑤住みついた |
|        | ○ いつも食べている食事と回数は？                     | 一日                                      | 回 メーカーまたは内容( )            |
|        | ○ おやつを 与えていない・与えている( )                |   |                           |
|        | ○ いつも住んでいる場所は？                        | 室内・ゲージ・庭・その他( )                         |                           |
|        | ○ 同居している動物はいますか？                      | はい → 犬( )頭・猫( )頭・その他( )<br>いいえ          |                           |
| 予防状況   | ○ 動物保険ははいていますか？                       | はい(保険会社名: ) ・ いいえ                       |                           |
|        | ○ 予防接種(混合ワクチン)はしていますか？                | はい → 最後に接種したのは?( 年 月 日)<br>いいえ          |                           |
|        | ○ 犬の飼い主様にお聞きします                       |   |                           |
|        | I 狂犬病予防注射はしていますか？                     | はい → 最後に接種したのは?( 年 月)<br>いいえ            |                           |
|        | II フィラリアの予防はしていますか？                   | はい → 錠剤タイプ・おやつタイプ<br>いいえ → 忘れていた・知らなかった |                           |
| 診察について | ○ 本日、来院された主な理由はなんですか？                 | ( )                                     |                           |
|        | ○ 過去に、何か病気になったり、薬や食事アレルギーが出たことはありますか？ | はい・いいえ・わからない<br>( )                     |                           |
| 性格     | ○ その子は、人を咬んだり攻撃的になることがありますか？          |   |                           |
|        | ① よくある                                | ② 興奮するとある                               | ③ じゃれて咬む                  |
|        | ④ 興奮しても、人を咬むことはない                     |   |                           |

お答えいただき、ありがとうございました。