

(No.)		問 診 票			年 月 日	
(ふりがな) 飼い主氏名：		住所：〒				
TEL(自宅)：		TEL(携帯)：				
ペット名：		性別： オス・メス (不妊手術：未・済)				
種類： 犬・猫		品種：		毛色：		
生年月日： (歳)		紹介者：				
1	主な飼育場所はどこですか？		室内・屋外・その他()			
2	入手方法は？		買った(ショップ名：)・もらった・拾った・自宅で生まれた その他()			
3	他に飼育している動物はいますか？		いる(種類：)・いない			
4	かかりつけの動物病院はありますか？		はい・いいえ			
	“はい”の場合		(どちらの病院ですか？)			
5	1年以内に狂犬病のワクチン接種をしていますか？		はい・いいえ			
	“はい”の場合		市町村への申請手続きはしていますか？			
6	1年以内に混合ワクチンの接種をしていますか？		はい・いいえ			
	“はい”の場合		(どのような種類ですか？)			
7	ノミ・ダニの予防をしていますか？		はい・いいえ			
	“はい”の場合		(錠剤・おやつ・スポット・その他：)			
8	フィラリア症の予防をしていますか？		はい・いいえ			
	“はい”の場合		(錠剤・おやつ・スポット・その他：)			
9	今までに病気になった経験はありますか？		はい・いいえ			
	“はい”の場合		(いつ頃ですか？)			
			(どのような病気ですか？)			
10	今までに注射などでショックを起こしたり、副作用が出た経験はありますか？		はい・いいえ			
	“はい”の場合		(注射・ワクチン・錠剤・その他：)			
			(どのような症状でしたか？)			
11	本日の来院理由はなんですか？					
	◆ 内科・外科・皮膚科・整形外科・腫瘍科・神経科・歯科・その他()					
	◇ 具合が悪い					
	(いつからですか？)					
	(どのような症状ですか？)					
	◇ 健康診断・相談		(内容：)			
	◇ ワクチン接種・狂犬病予防接種・予防関係 (ノミ・ダニ・フィラリア)					
	◇ その他()					
ありがとうございました。この問診票を受付に提出して診察までしばらくお待ちください。						
				倉敷動物医療センター アイビー動物クリニック		