

No.

(初診質問票・犬)

**患者さん（ワンちゃん）についてお聞かせください**

今日の日付 年 月 日

飼主	フリガナ	住所	フリガナ			☎	-	-	
						緊急	-	-	
呼名		品種		♂・♀	生年月日	年 月 日 (頃) ( ) 歳			
紹介			☎	-	-	勤務先など ご連絡先	☎	-	-

- いつも住んでいる場所？ ①室内 ②ケージ ③おもに室内(外出自由) ④その他 ( )
- 入手方法は？ ①買った ②もらった ③自宅で生まれた ④拾った ⑤いつのまにか住みついた
- 本日の来院は？ ①具合が悪そうだから ②健康チェック・相談 ③ワクチン
 

どこが悪いですか？
どんな症状ですか？
いつごろからですか？
- ワクチンは接種してありますか？ ①はい ②いいえ
 

何のワクチンをいつごろ接種しましたか？
a. 狂犬病 _____ ごろ
b. ジステンパー _____ ごろ
c. 肝炎 _____ ごろ
d. パルボ _____ ごろ
e. レプトスピラ _____ ごろ
f. わからない _____ ごろ
- フィラリアの予防はしていますか？ ①はい ②いいえ
 

a. 薬を飲ませている 毎日 一日おき 毎月1回
b. 注射をしている
- 不妊手術（去勢・避妊）はしましたか？ ①はい ②いいえ
 

それはいつごろですか？
-------------
- いつも何を食べさせていますか？ ①缶詰（犬用） ②ドライフード（犬用） ③人の食べ物 ④その他
 

メーカーまたは商品名
メーカーまたは商品名
具体的に
- 交通事故その他けがをしたことがありますか？ ①はい ②いいえ
 

それはいつごろでしたか？
どんなけがですか？
- 今までに病気になったことはありますか？ ①はい ②いいえ
 

それはいつごろでしたか？
どんな病気ですか？
- 今までに注射などでショックなどの異常が見られたことがありますか？ ①はい ②いいえ
 

具体的に
------

当院は、個人情報保護法に基づき、ここに記載された個人情報を適切に管理し、医療目的にのみ利用するとともに、本陣の事前同意なしには、目的外の利用や第三者への提供などはいたしません。なお利用目的の範囲内で、当院から本人に文章などを送信することを予めご了承ください。

