

初診の方への問診表

年 月 日

飼主名: _____ 動物名: _____ 犬・猫・鳥・その他(_____) _____ 才

住所: 〒 _____ 電話: _____ (_____)

●本日の来院目的は？

具合が悪そうだから (いつから: _____ 症状は: _____)
健康診断 予防接種 不妊手術のため 駆虫
その他(_____)

●動物をどこで入手しましたか？

買った(どこで: _____)
自宅で生まれた もらった 拾った その他(_____)

●食事の内容は？

1日 _____ 回, 1回量 _____ g _____ いつでも置いてある・不規則・食べる量で調節している

ドライ 半生タイプ 缶詰 (商品名: _____)
人間の食べ物 (具体的に: _____)

好物は何ですか？ (具体的に: _____)

主食以外におやつなど何か与えますか？ (具体的に: _____)

●他に動物を飼っていますか？

犬 猫 鳥 その他(_____) いない

種類(_____) 頭数(_____ 頭) 年齢(_____ 才) 接触は？ あり なし

他の動物は元気ですか？ はい いいえ よくわからない

●動物の性格は？

よい 神経質 よく噛む 落ち着きがない やさしい よく鳴く よくわからない

●いつもいる場所は？

屋外 屋内 屋外と屋内両方(比 _____ : _____)

●運動はしていますか？

はい (1日 _____ 回, 1回 _____ 分) しない ときどき

何か訓練をしていますか？（具体的に： _____ ）

●今回のことで他の動物病院を受診されましたか？

ある(いつ頃： _____ 病院名： _____ 病名(理由)： _____)
ない

●過去の病歴・手術歴は？

ある(いつ頃： _____ 病名： _____ いつ頃： _____ どんな手術： _____) ない
わからない

●過去の出産歴は？

ある(いつ頃： _____ 回数： _____) ない わからない
状況は？ (自然分娩 難産 帝王切開 わからない)

●予防接種をしていますか？

はい (いつ頃： _____ 種類： 狂犬病・パルボ・1種・2種・3種・4種・5種・7種・8種・その他)
予防注射証明書： あり なし 今もってない
いいえ わからない

●フィラリアの予防をしていますか？	●過去にフィラリア血液検査をしましたか？
<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> わからない	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> わからない

●飲み薬・注射などで副作用が出たことがありますか？

薬剤名(_____)注射(_____)
その時どのような症状がでましたか？①じんましん②嘔吐③下痢④ショック⑤その他(_____)

●当院からのワクチン接種・フィラリア予防・健康診断等のお知らせを希望しますか？

はい いいえ わからない

●その他のご相談や気になること、ご希望の検査などがありましたらご記入下さい

この問診票にご記入の上、来院の際、受付にお渡し下さい。御協力ありがとうございました。
より良い診療のためにこの情報はとても重要になります。 森動物病院スタッフ一同