

# かやま動物病院 初診問診票

～言葉が話せない患者さんに代わってお答えください～

## ◎飼い主様

フリガナ	ご住所 〒	—
氏名	相模原市	
	緑区	中央区 南区
電話番号	—	—
	緊急連絡先(携帯など)	—

## ◎ペットの情報

名前	ちゃん	性別	<input type="checkbox"/> ♂(オス)	<input type="checkbox"/> ♀(メス)
		避妊・去勢	<input type="checkbox"/> 済	<input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 不明
品種: 犬・猫・その他	毛色	生年月日	年	月 日

## ◎本日の来院目的

・具合が悪そう	いつから:	_____
	どのように:	_____
・ワクチン接種・予防( )	・健康チェック・相談( )	

## ◎生活環境について

同居動物の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ある(※具体的に _____)
飼育場所	<input type="checkbox"/> 屋内 <input type="checkbox"/> 屋外 <input type="checkbox"/> 屋外と屋内両方 <input type="checkbox"/> その他( _____)
食事	回数:1日( _____ )回 内容: <input type="checkbox"/> ドライフード <input type="checkbox"/> ウェットフード(缶詰・レトルトなど) <input type="checkbox"/> 手作り (フードの使用銘柄や手作り内容: _____) <input type="checkbox"/> その他 _____ (トッピングやおやつで与えている物があれば _____) 最近食事内容を変えましたか: <input type="checkbox"/> はい(具体的に _____) <input type="checkbox"/> いいえ
散歩	1日( _____ )回、計( _____ )分程度

## ◎予防について

ワクチン接種	<input type="checkbox"/> している( _____ 年 _____ 月 _____ 日頃 種混合) <input type="checkbox"/> していない
フィラリア予防	<input type="checkbox"/> している(最終投薬日: _____ 年 _____ 月 _____ 日頃) <input type="checkbox"/> していない
ノミ予防	<input type="checkbox"/> している(最終投薬日: _____ 年 _____ 月 _____ 日頃) <input type="checkbox"/> していない

## ◎病歴について

過去に治療・手術を受けた病気・ケガ	<input type="checkbox"/> ある(傷病名: _____) <input type="checkbox"/> ない
現在治療中の病気・ケガ	<input type="checkbox"/> ある(傷病名: _____) <input type="checkbox"/> ない
現在投薬中のお薬	<input type="checkbox"/> ある(薬品名: _____) <input type="checkbox"/> ない
お薬や注射での副作用	<input type="checkbox"/> ある(具体的に: _____) <input type="checkbox"/> ない
アレルギーの有無	<input type="checkbox"/> ある(具体的に: _____) <input type="checkbox"/> ない

## ◎当院をどのような方法でお知りになりましたか？

<input type="checkbox"/> 通りがかり <input type="checkbox"/> 電柱看板 <input type="checkbox"/> 知人の紹介( _____ 様) <input type="checkbox"/> その他( _____)
<input type="checkbox"/> インターネット ( <input type="checkbox"/> 当院ホームページ <input type="checkbox"/> 当院Facebook <input type="checkbox"/> EPARK <input type="checkbox"/> calooペット <input type="checkbox"/> その他: _____ )

## ◎動物保険に加入していますか？

<input type="checkbox"/> はい:アニコム・アイペット・ペット&ファミリー・その他( _____ )	<input type="checkbox"/> いいえ
---	------------------------------

## ◎そのほか何かあればご記入ください

_____
-------

◎当院からDM(予防のご案内ハガキ)をお送りしてもよろしいですか？ はい いいえ



かやま動物病院  
Kayama Animal Hospital

ご協力ありがとうございました。