



この問診表は、あなたのペットを診察する上で、大切な資料となります。わかる範囲で詳しくおしえてください。

H 年 月 日 カルテ No.

飼い主様について

お名前 ふりがな	御住所 〒	
TEL	携帯番号	ご職業

ペットについて

お名前	品種	毛色	性別(印)	生年月日(年齢)	性格(番号に 印)
			オス メス 去勢・避妊済	年 月 日 才	おとなしい~普通 神経質 攻撃的

〔当院をお知りになったきっかけは？(複数回答可)〕

ご紹介 _____ 様 _____ ちゃん
 ご紹介コメント _____
 近所・通りがかり 電話帳 看板
 インターネット
 その他 (_____)

〔今日はどうされましたか〕

具合が悪い(具体的に) _____

健康チェック・相談 ワクチン(予防接種)
 フィラリア予防 ノミ駆除・予防

〔今回の来院目的以外に病気が発見された場合どうしますか〕

一緒に治療して欲しい 次回治療したいと思う
 しばらく様子を見たい

〔いつも飼っている場所は〕

室内のみ 出入り自由 屋外で放し飼い

〔屋外に出ますか〕

出る(1日平均 _____ 分くらい)
 まったく外には出ない

〔入手方法は〕

買った(店名 _____)
 もらった 自宅で生まれた 拾った
 いつのまにか住みついた

〔いつも食べているものは〕

ドッグフード(缶詰・ドライフード・その他)
 メーカー又は商品名 _____
 人の食べ物をあげる(その他・間食等)
 (具体的に) _____

〔最後に狂犬病予防注射を受けたのはいつですか〕

H 年 月 日
 うけたことはない・最近していない
 (狂犬病予防は法律で義務付けられています)

〔定期的な混合ワクチン接種はうけていますか〕

<接種日 年 月 日>
 毎年している
 うけたことはない・最近していない

〔注射後にアレルギー症状がでたことがありますか〕

ない ある(何の注射ですか) _____

〔定期的なフィラリア予防をしていますか〕

<最終予防日 年 月 日>
 はい(1ヶ月に1回の薬/毎日の薬/注射)
 いいえ

〔定期的なノミ予防をしていますか〕

滴下薬など(フォートレオン・フロントラインなど)
 内服薬(_____)
 のみとり首輪/粉
 シャンプー(自宅・ペットショップ・病院で)
 何もしていない

〔大きな病気や事故をしたことがあれば書いてください〕



武+動物病院

078-737-3111

〔病院からのお知らせなどの送付を希望しますか〕

はい いいえ ご協力ありがとうございました