



## 初診質問票(犬)

フリガナ		フリガナ	
飼い主様のお名前	様	ご住所	〒(      )
電話	—      —	携帯電話	—      —

当院からワクチンやフィラリアなどのお知らせをご希望でない場合は○をしてください。 希望しない

ワンちゃんのお名前	ちゃん	品種	毛色(      )
生年月日	年      月      日	飼育開始日	年      月頃
年齢	才      ヶ月	性別	オス・メス
保険	未加入・加入(保険名:      )		
マイクロチップ	無・有(No.      )		

1. どのようにお迎えしましたか？ ①買った ②もらった ③自宅で生まれた ④拾った ⑤その他

2. いつも過ごしている場所は？ ①室内 ②室外 ③その他

3. 同居の動物はいますか？ はい(犬 頭・猫 頭・その他 頭)・いいえ

4. いつもの食事は？ ①ドライフード(商品名      )  
 ②缶詰(商品名      )  
 ③人と同じもの(具体的に      )  
 ④その他(具体的に      )

5. ワクチンは接種していますか？

①はい → a.混合ワクチン(      )種混合(      年      月頃)  
 ②いいえ b.狂犬病(      年      月頃)  
 c.その他(      )  
 d.分からない

6. 不妊手術(去勢・避妊)はしていますか？ はい(      年      月頃)・いいえ

7. フィラリアの予防をしていますか？

①はい → どんなタイプのお薬ですか？  
 ②いいえ a.チュアブル(おやつタイプ) b.錠剤 c.粉末 d.スポット e.注射

8. ミ・ダニ予防はしていますか？ はい( a.チュアブル(おやつタイプ) b.スポット)・いいえ

9. 今までに病気やけがをしたことがありますか？

①はい →      年      月頃 どんな病気・けがですか？  
 ②いいえ

10. 今まで注射やお薬などで副作用・アレルギー・ショックなどの異常が見られたことはありますか？

①はい →      年      月頃 どんな症状ですか？  
 ②いいえ

11. 本日はどうされましたか？

①具合が悪そう → いつ頃からですか  
 ②健康チェック・相談 → どこが悪そうですか  
 ③ワクチン接種 → どんな症状ですか  
 ④フィラリア予防

12. その他、不安なことや心配なこと、お気づきの点がございましたらご自由にご記入ください。

例:食事のアレルギー、性格など