**問診票**

 カルテID 　　　　　　　　　　　　　　　 　　　 　　　 受付日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 飼い主氏名 | フリガナ　 | 電話番号 | 自宅 | 　 |
| 携帯 |  |
| 住所 | フリガナ〒 | 緊急連絡先 | 　 |
| ご職業 |  |
|  |  |  |  |  |  |
| ペット名 | 　 | 生年月日 | 西暦　　　　　年　　　月　　　日　（満　　　歳） |
| 動物種 | 犬 ・ 猫 ・ その他 （　　　　　　） | 品種 | 　 |
| 性別 | オス　　・　　メス | 不妊手術 | している　　・　　していない |
| 不妊手術時期 | 　　　　年　　　月　　　日（　　　　歳頃） |

|  |  |
| --- | --- |
| ペット保険への加入 | 　有　　（会社名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　　　　・　　　　無 |

|  |  |
| --- | --- |
| 本日の受診理由 | 　 |
| 現在はどのような症状ですか？ | 　 |
| いつからですか？ | 　 |
| **かかりつけ動物病院** | 　 | **担当医** | 　 |

|  |  |
| --- | --- |
| 入手方法 | 　　ペットショップ　・　ブリーダー　・　自宅で生まれた　・　保護　・　その他（　　　　　　） |
| 飼育開始日 | 　　　　　年　　　月　　　日 | 同居動物 | 犬（　　）頭・猫（　　）頭・その他（　　　　　）　・　なし |
| 飼育環境 | 　室内　・　室外　・　両方 | 散歩 | 　　　　　　　1日（　　）回　（　　）分 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 食事 | ドライフード　・　缶詰　・　手作り　・　おやつ | 食事回数 | 1日（　　　　）回 |
| メーカー・商品名・内容など |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 既往歴（今までにかかった病気） | 病名・症状　 |  | 時期 |   |
| 薬・注射・食事に対するアレルギーや異常 | 　 | 　 |
| 狂犬病ワクチン | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　している | ・　　　　　していない |
| 混合ワクチン | している（　　種混合　最終接種日　　　　　年　　　月　　　日） | ・　　　　　していない |
| フィラリア予防 | している（錠剤　・　おやつタイプ　・　塗布剤　・　注射） | ・　　　　　していない |
| マイクロチップ | 有（ID番号：　　　　　　　　　 　　　　　　） | ・　　　　　　　無 |

