



この問診票は、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教えてください。

年 月 日 カルテ NO.

■飼い主様について

お名前 フリガナ	ご住所 〒	ご職業
ご趣味	TEL	FAX
		携帯番号

■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	① おとなしい～普通 ② 神経質 ③ 攻撃的

〔今日はどうされましたか〕

① 具合が悪い

皮膚・耳・下痢・嘔吐・咳・食欲不振・できもの
その他(具体的に)

[]

→ いつからですか

[]

- ② 健康チェック・相談 ③ 予防接種
④ 予防(フィラリア・ノミダニ) ⑤ 避妊・去勢
⑥ その他 ()

〔いつも飼っている場所は〕

- ① 室内のみ ② 出入り自由 ③ 屋外で放し飼い

〔お散歩は出ますか〕

- ① 出る(1日平均 分くらい) ② 全く出ない

〔入手方法は〕

- ① 買った(店名)
② もらった ③ 自宅で生まれた ④ 拾った
⑤ いつの間にか住み着いた

〔いつも食べているものは〕

- ① 専用フード(ドライフード・缶詰・その他)
メーカー又は商品名 _____
② 人の食べ物をあげる(その他・間食等)
(具体的に) _____

〔定期的な予防接種はうけていますか〕

① 毎年している

猫白血病ワクチン (年 月 日)

ワクチン (年 月 日 ____種)

② わからない

③ うけたことはない・最近はしていない

〔定期的なフィラリア予防をしていますか〕

- ① はい ② いいえ

〔定期的なノミ予防をしていますか〕

- ① 滴下薬など(フロントライン/レボリューションなど)
② 内服薬
③ ノミ取り首輪
④ 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〕

〔当院をお知りになったきっかけは(複数回答可) 〕

- ① ご紹介 _____ 様 _____ ちゃん
② 近所・通りがかり ③ チラシ ④ 電話帳
⑥ ホームページ ⑦ インターネット
⑧ その他 ()

■治療についてのアンケートをお願いします。

〔どのような治療をご希望されますか〕

- ① 最善の治療をしたい。
② 検査をした上で、治療法を選択したい。
③ 対症療法のみ希望する。

