

問 診 票 (犬)

本日はご来院いただきありがとうございます。

○印をおつけいただき、できるだけ詳細もご記入ください。

- ① ご来院目的は？ (予防) (診察) (相談)
*症状・ご要望など、詳しくご記入ください・・・
- ② 今回の病気は、すでに診察を受けられましたか？ (はい) (いいえ)
(はい) とお答えの方、紹介状をお持ちですか？ (はい) (いいえ)
- ③ 家族に迎えたのは、いつ頃ですか？ _____ 年 _____ 月 _____ 日
- ④ 去勢・避妊手術は受けましたか？ (はい) (いいえ)
いつ頃ですか？ _____ 年 _____ 月 _____ 日
- ⑤ 前回の予防注射はいつ受けましたか？ 混合ワクチンは、何種ですか？
*狂犬病 _____ 年 _____ 月 _____ 日
*混合ワクチン _____ 種 _____ 年 _____ 月 _____ 日
- ⑥ フィラリア予防・ノミ・ダニ予防はされていますか？ (はい) (いいえ)
*フィラリア予防 _____ 月から _____ 月まで
*ノミ・ダニ予防 _____ 月から _____ 月まで
- ⑦ 今までに注射などでショックなどの異常がみられたことがありますか？
具体的には・・・ (はい) (いいえ)
- ⑧ マイクロチップは入っていますか？ (はい) (いいえ)
ナンバーはわかりますか？ No. _____
- ⑨ 保険に加入していますか？ (はい) (いいえ)
保険名は？ _____ アニコム ・ その他 _____
- ⑩ 家で主にいる場所は？ (屋内 %) (屋外 %)
- ⑪ 性格やクセを教えてください・・・
- ⑫ 日頃ご来院いただきやすい時間帯は？ (午前) (午後) _____ 時頃
- ⑬ そのほかご要望がございましたら、ご記入ください・・・

ご記入ありがとうございます。