

# 初診問診票



M.R.No. \_\_\_\_\_

年 月 日

フリガナ 飼主さんのお名前			愛称 ペット名		
住所	〒 -				
電話番号	( ) -	緊急連絡先	( ) -		
ご職業			紹介者		
種類	犬・猫・その他 ( )	品	種		
性別	オス・去勢済みオス・メス・避妊済みメス				
誕生日	年	月	日	毛	色

言葉が話せないペットに代わってお答えください。

- 本日はどうされましたか？
  - i. 具合が悪そうだ
  - ii. 健康診断・相談
  - iii. ワクチン接種
  - iv. その他 ( )

→ どんな症状ですか？

→ いつからですか？
- いつも暮らしているところはどんな場所ですか？
  - i. 室内 ii. 主に室内 iii. 主に屋外 iv. 屋外 v. その他 ( )
- どこから入手されましたか？
  - i. お店で買った ii. ブリーダーさんから iii. 自宅で生まれた iv. 知人からもらった
  - v. 保健所からもらった vi. 拾った vii. いつの間にか住み着いた viii. その他 ( )
- ワクチンは接種していますか？
  - i. はい
  - ii. いいえ

→ どんなワクチンですか？

a. 混合ワクチン b. 狂犬病 c. 猫白血病 d. 分からない

最後に接種したのはいつですか？

混合ワクチン 年 月 日
- 今までに大きな病気やケガをしたことはありますか？
  - i. はい
  - ii. いいえ

→ いつ頃・どんな症状でしたか？

・病気 ・ケガ
- 今までにお薬で異常が見られたことはありますか？
  - i. はい
  - ii. いいえ

→ いつ頃・どんな症状でしたか？
- 他に同居している動物はいますか？
  - i. はい
  - ii. いいえ

→ その動物の種類を教えてください。

犬； ( 頭)・猫； ( 頭)・その他； ( 頭)
- 写真を撮影し、小さなシールにするプリクラサービスを無料でしていますが、希望されますか？
  - i. はい
  - ii. いいえ

(受付が混雑しているときは後日となることがあります)

ご協力ありがとうございました。

病院記入欄										
MR記入	入力	診察券	記念	撮影	転記	サンクス	V.DM	F.DM		