

初診問診票

M.R.No. _____

年 月 日

フリガナ 飼主様のお名前	-----	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下さい。

1. 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？
2. 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()
3. 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

v. 保健所より vi. 拾った vii. いつの間にか住み着いた viii. その他()
4. 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.不明

最後に接種したのはいつですか？

混合ワクチン 年 月 日
5. 今までに大きな病気やケガをしたことがありますか？

i. はい →

ii. いいえ

いつ頃・どんな症状でしたか？

・病気 ・ケガ
6. 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？
7. 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)

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	転記	V.DM	サンクス	記念
-------	----	-----	----	------	------	----