



初めての方の問診票（犬用）

飼い主様情報

ふりがな		住所	(-)
お名前			
電話番号	自宅 携帯		

わんちゃんの情報

お名前		種類		毛色	
性別	♂ ・ ♀ (去勢手術済・避妊手術済)	マイクロチップ	有 ・ 無		
誕生日	年 月 日	お家に来た日	年 月 日		
ペット保険	有 (保険証をお持ち下さい)			無	

生活環境

普段、どんな食事を与えていますか？	
ドライフード	ウェットフード(缶詰・レトルト…等) 手作り食 その他 ()
普段、どこで生活していますか？	他にペットはいますか？
屋 内 屋 外 両 方	犬(頭) 猫(頭) その他()

予防

混合ワクチンは、毎年していますか？	
毎年している (種)	毎年していない (最終接種日: 年 月 日)
狂犬病のお注射は毎年していますか？	
毎年している	毎年していない (最終接種日: 年 月 日)
フィラリアのお薬は、毎年飲んでしていますか？	
毎年飲んでいる	毎年飲んでいない

病歴

現在治療中の病気はありますか？	現在飲んでいるお薬はありますか？
ある(病名:) ない	ある(お薬の名前:) ない
大きな手術をされたことはありますか？	
ある →何の手術をされましたか?() ない	

本日の来院理由

どのような症状がみられますか？	
症状はいつ頃からみられますか？	今までのかかりつけの病院はありますか？