**犬の問診票**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ﾌﾘｶﾞﾅ |  | **〒　　　 　　　-** | | | |  | **E-mail :** | **＠** |  |
| **飼主** |  | ﾌﾘｶﾞﾅ | |  | |  |  | **自宅電話：　　　 -　　 　 -** | |
| **氏名** |  | **住所** | |  | |  |  | **携帯電話：　　　 -　　 　 -** | |
| **ﾍﾟｯﾄ名** |  | | **品種** | | | | **年齢** 西暦　　 　　年　 月 　 日生 (　　　歳　　　ヶ月) | | |
| **お迎えの経緯** | 購入（ショップ名：　　　　　　　　）　譲り受け　　繁殖 | | | | **飼い始めた日**　西暦　　 　　年　 月 　 日 | | | **オス ・ 去勢オス ・ メス ・ 避妊メス ･ 不明** | |
| **交通手段** | 車　　タクシー　　徒歩　　電車　　その他（　　　　　　　　） | | | | | **所要時間**　時間　　　　　分 | | | |
| **当院を知った方法 ｲﾝﾀｰﾈｯﾄ・評判・紹介（　 　　 さん）・近いから・看板･通りがかり・他（　　　　　　）** | | | | | | | **勤務先・職業** |  |  |
| **保険の加入：　なし・あり　[会社名：anicom・ipet・（　　　　　 　） / 50・70・90％ / プラン名：　　　　　　　]** | | | | | | | **緊急連絡先** | **電話 ： 　　　　-　　　 　　-** | |

**本日の来院理由**

|  |
| --- |
| 病気　　　　　　予防　　　　健康診断　　　　健康相談・セカンドオピニオン　　　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

**飼育環境**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ワクチン** | **狂犬病** ： 西暦　　　年　　月接種 | **混合ワクチン**（ 5種　6種　8種　10種 ） ： 西暦　　　年　　月接種 | | **なし** |
| **フィラリア予防：西暦**　　月～　　月：製品名：　　　　　　　　　　　　　　**ノミ・マダニ予防：西暦**　　　月～　　月：製品名： | | | | |
| 暮らしている場所： 室内　　　室内と屋外　　屋外 | | | 他の飼育動物（種類）： | |

**ごはん**（種類・商品名）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 主食 |  | | |
| 人間の食べ物 |  | おやつ・サプリメント |  |

**症 状・既往歴**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 元気： ある　　　　　ない (普段を10としたとき　　　　 　) | | | 食欲： ある　　　　　ない (普段を10としたとき　　　　　) | |
| どのような症状： | | | | |
| いつ頃から： | | | | |
| 発症回数・頻度： | | | | 発症しやすい時間帯： |
| 今までに同じ症状：　ない　　ある　（西暦　　　　年 　　　月　　　　日頃） | | | | |
| 症状につながる原因（ごはん・温度の変化など）： | |  | | |
| 今回他の病院の受診 | なし ある　（病院名：　　　　　　　　　　　　、西暦　　　　年　　月　　日～　　年　　月　　日） | | | |
| 薬の服用 | なし ある　（名前・種類：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| 過去にかかった病気 | なし ある　（名前：　　 　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　 ） | | | |
| 不妊手術（去勢・避妊） | なし ある　（年齢：　　　歳　　　か月、　方法 　：糸なし　　吸収糸　　非吸収糸 不明） | | | |
| 麻酔・手術歴 | なし ある　（名前：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　 　　　　　　　　　） | | | |
| 注射・内服薬の異常（ｱﾚﾙｷﾞｰなど） | なし ある　（名前・種類：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| その他気になること |  | | | |

**診療に対する要望（診療費や時間など）**

|  |
| --- |
|  |

**積極的な高度な高額医療の希望**　　　　はい　　　いいえ