



No. _____

問診票

年 月 日

【飼い主様情報】

フリガナ
お名前 _____

ご住所 〒 _____

電話番号 _____ 緊急連絡先 _____ ご職業 _____

当院をどのようにして知りましたか？ ご紹介（知人 _____） 病院を見て
ホームページ Instagram その他（ _____）

当院からのダイレクトメールをお送りして大丈夫でしょうか？ いいえ ハガキ 電子メール
メールアドレス _____

【動物情報】

お名前 _____ 動物種 犬 猫 品種 _____ 毛色 _____

性別 オス 去勢オス メス 避妊メス

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日（ _____ 才） いつから飼っていますか？ _____ 年 _____ 月 _____ 日頃

マイクロチップID番号 _____

保険 アニコム アイペット ペット&ファミリー その他 未加入

フードは何を食べていますか？ _____

同居動物 犬 _____ 匹 猫 _____ 匹 その他（ _____ ）

生活環境 室内 屋外 両方 その他（ _____ ）

【予防・既往歴】

ワクチン接種をしていますか？ いいえ _____ 種混合ワクチン 最終接種日 _____ 年 _____ 月 _____ 日
狂犬病ワクチン 最終接種日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

ノミダニ予防はしていますか？ いいえ
はい（最終投与日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 予防薬名 _____）

フィラリア予防はしていますか？ いいえ
はい（最終投与日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 予防薬名 _____）

ウイルス検査はしていますか？ いいえ
（猫のみ） はい 陰性 陽性（猫エイズ 猫白血病ウイルス）

今までに大きな病気や事故をしたことはありますか？ いいえ はい

病名・症状 _____

【来院目的】

ワクチン予防 ノミダニ・フィラリア予防 健康診断 その他

セカンドオピニオン（主治医・病院名 _____）

体調が悪い 症状 _____

今治療中の病気や投薬中のお薬はありますか？ いいえ はい

病名・症状 _____

お薬の種類 _____