



この問診表は、あなたのペットを診察する上で、大切な資料となります。わかる範囲で詳しくおしえてください。

H 年 月 日 カルテ No.

■ 飼い主様について

お名前 ふりがな	御住所 〒		
TEL	携帯番号	勤務先	

■ ペットについて

呼び名	動物種	品種	性別(○印)	生年月日(年齢)
	犬・猫 その他 ( )		オス・メス 去勢・避妊済	年 月 日 才

〔当院をお知りになったきっかけは？〕

(複数回答可)

- ① ご紹介 \_\_\_\_\_ 様 \_\_\_\_\_ ちゃん  
ご紹介コメント \_\_\_\_\_
- ② 電話帳 ③ インターネット ④ 通りがかり  
⑤ 看板 ⑥ その他 ( )

〔今日はどうされましたか〕

- ① 具合が悪い(具体的に)  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- ② 健康チェック・相談 ③ ワクチン(予防接種)  
④ その他 ( )

〔治療についてのアンケートをお願いします。〕

治療はどのような形態を望みますか？〕

- ① 費用を抑えて、主に自宅での投薬治療をしたい。  
② 通院治療も可能だが、費用面の考慮もしたい。  
③ 必要であれば、通院・入院治療を考慮したい。  
④ 家族の一員として、最善の治療を積極的にしたい。

〔定期的な混合ワクチン接種はうけていますか〕

<接種日 年 月 日>

- ① 毎年している  
a.混合ワクチン ( \_\_\_\_\_ 種 )  
いつ頃:( )  
b.狂犬病ワクチン  
c.分からない  
d.その他 ( )

- ② うけたことはない・最近していない

〔不妊手術(去勢・避妊)はしましたか？〕

- ① はい  
いつ頃:( )  
② いいえ

〔いつも食べているものは〕

- ① ドッグフード(缶詰・ドライフード・その他)  
メーカー又は商品名 \_\_\_\_\_  
② 人の食べ物あげる(その他・間食等)  
(具体的に) \_\_\_\_\_

〔大きな病気や事故をしたことがあれば書いてください〕  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

〔注射後にアレルギー症状がでたことがありますか〕

- ①ない ②ある(何の注射ですか) \_\_\_\_\_

〔同居動物はいますか？いる方のみお答えください〕

(犬 匹) (猫 匹) (鳥 羽)  
(その他 )

鈴木どうぶつ病院

鹿沼市文化橋町 1998-15

診療時間 9:00~12:00 15:00~19:00

※ こちらにご記入いただいた情報は当院の診療及び当院からのお知らせをお送りする以外には使用致しません