



# 初めてご来院の方へ



## 初診問診表

言葉が話せないワンちゃんに代わってお答えください。診察をする上で大切な資料となります。  
わかる範囲でお答えください。ご協力お願いいたします。

### ◆飼い主様

お名前	お電話番号
フリガナ	☎TEL (        )        - 携帯電話など        -        -

ご住所	(マンション・アパート名もご記入ください)
〒        -	
メールアドレス	ご職業
@	

### ◆ワンちゃん

お名前	犬の種類	性別 (Vをつけてください)
ちゃん		<input type="checkbox"/> オス <input type="checkbox"/> メス <input type="checkbox"/> 去勢済 <input type="checkbox"/> 避妊済
お誕生日	毛色	性格 (Vをつけてください)
年    月    日 (    歳)		<input type="checkbox"/> おとなしい <input type="checkbox"/> 怖がり <input type="checkbox"/> 噛むことあり <input type="checkbox"/> その他

### ●当院をどのようにお知りになりましたか？

ご紹介 (        様        ちゃん)  
紹介コメント \_\_\_\_\_

看板   ご近所   電話帳   インターネット  
チラシ   その他 (        )

### ①本日の来院の理由は？

具合が悪そうだから  
どこが悪そうですか？ \_\_\_\_\_  
どんな症状ですか？ \_\_\_\_\_  
いつからですか？ \_\_\_\_\_

健康チェック        ワクチン接種 (狂犬病/混合)  
フィラリア予防        ノミ・ダニの予防・駆除  
その他 \_\_\_\_\_

### ②定期的に混合ワクチンを接種していますか？

はい、毎年している (5・6・7・8・9種)  
時々している (最後はいつ?    年前)   いいえ

### ③狂犬病予防注射は1年以内に接種していますか？

はい        いいえ

### ④フィラリアの予防はしていますか？

はい (錠剤・食べるタイプ・付けるタイプ)   いいえ

### ⑤定期的なノミ・ダニ予防はしていますか？

はい (市販の薬        動物病院の薬        )  
いいえ

### ⑥今までに大きな病気やケガをしたことがありますか？

はい \_\_\_\_\_  
いいえ

### ⑦今までに注射や飲み薬で副作用が出たことはありますか？

はい        \_\_\_\_\_        いいえ

ご協力ありがとうございました。もうしばらくおまちください。  
クレア動物病院