

オハナペットクリニック 初診問診票 【ワンちゃん】

◎飼い主様について

フリガナ	フリガナ
お名前	ご住所 〒
電話番号：	携帯番号：
ご職業：	Email アドレス：

◎ワンちゃんについて 該当項目に○をつけてください。(複数可)

お名前	犬種：	毛色：
生年月日 西暦 年 月 日 (歳 ヶ月)	性別 男の子 女の子 去勢済 避妊済	

本日のご来院理由について

・健康診断 ・混合ワクチン ・狂犬病ワクチン ・具合が悪い

※ご相談・症状など具体的に記入ください。

今までに病気の治療をしましたか？ ・いいえ ・はい→いつ頃 どのような？

現在飲まれているお薬はありますか？ ・いいえ ・はい→種類

裏面のご記入もお願いします。→

注射や内服薬で副反応の有無 ・ ない

・ ある→薬剤名 () 症状 ()

◎予防について

●ワクチン接種はしていますか？ ・ はい ・ いいえ ・ 不明

→ () 種ワクチン いつ頃？ (西暦 年 月頃)

●狂犬病ワクチン ・ はい ・ いいえ ・ 不明

→いつ頃？ (西暦 年 月頃)

●フィラリアの予防はしていますか？ ・ はい ・ いいえ

→最終投薬期間 (西暦 年 月～ 月まで)

●ノミ・ダニの予防はしていますか？ ・ はい ・ いいえ

→最終投薬期間 (西暦 年 月～ 月まで)

●ペット保険に加入されていますか？ ・ はい 保険会社名 () ・ いいえ

●マイクロチップは入っていますか？ ・ はい ・ いいえ

●他に一緒に暮らしているペットはいますか？ ・ はい→動物種 () ・ いいえ

●どんな生活環境ですか？ ・ 主に屋外 ・ 主に屋内 ・ お散歩をする ・ お散歩はしない

●ごはんについて

・ 市販 (ドライ・缶詰・その他) ・ 病院食 (療法食) ・ 手作り食

・ その他 商品名 ()

●ごはんの回数 ・ 1日1回 ・ 1日2回 ・ 1日3回 ・ その他

診療に関してご希望があればご記入ください。

当院をどのような方法で知りましたか？

・パンフレット ・看板 ・ホームページ ・知人の紹介 () 様

◎DMについて

予防や健康診断等の案内はがきを希望されない方はチェックをしてください。□