

# 初診用問診票

飼主様	〒 ご住所	
	ふりがな お名前	お電話番号

受診する ペットの 情報	名前		生年月日（西暦）		年	月	日			
	動物種	犬・猫	品種			毛色				
	性別	オス・メス		不妊手術	していない・手術済（			年	月頃）	
	普段の食事内容・おやつ									
	フィラリア予防	していない・している（			月～	月）	薬の種類			
	ノミ・マダニ予防	していない・している（			月～	月）	薬の種類			
	最終ワクチン歴	（）種混合ワクチン（							年	月頃）
	混合ワクチンの商品名（								）	
	狂犬病ワクチン（								年	月頃）
	猫免疫不全症候群（猫エイズ）ワクチン（								年	月頃）
	ウイルス検査歴（猫のみ）		猫白血病ウイルス（+/-）						猫エイズウイルス（+/-）	
	マイクロチップNo.				狂犬病ワクチン鑑札No.					
	生活環境		室内 約（		）%	屋外 約（		）%		
	同居動物									
おうちへ来る前は		ペットショップで購入（購入店						）		
ブリーダーから・お知り合いから・保護した・ご自宅で生まれた										
その他（								）		
過去の主な病歴										
現在服用中の薬										
副反応を起こしたことがある薬、合わない食べ物										
本日の受診目的										
現症状の経過（いつから/どのような/どの位の頻度でなど、できるだけ詳しく）										
普段のかかりつけの病院										

※過去の検査結果などがありましたら、ご来院の際に一緒にお持ち頂けると役立ちます。