

## あ い づ ま 動 物 病 院 問 診 票

|               |   |   |                            |                                |             |       |
|---------------|---|---|----------------------------|--------------------------------|-------------|-------|
| ふりがな<br>飼主名   | 様   |   | 電話番号                       | ① _____ ( )                    |             |       |
| 住所            | 〒 _____   |   | ※着信時確認のため、お使いの番号すべてご記入下さい。 | ② _____ ( )                    |             |       |
| ペット<br>の名前    | ちゃん   | 種類  | 犬・猫・うさぎ・鳥・フェレット            | 品種                             |             |       |
|               |   |   | その他 ( )                    | 毛色                             |             |       |
| 生年<br>月日      | 年 月 日   | 生まれ<br>( ) 才  | 性別                         | オス・メス・不明<br>不妊済・未・不明<br>( 年 月) | マイクロ<br>チップ | 有 ・ 無 |
| 損害保険に加入していますか |   | <input type="checkbox"/> アニコム <input type="checkbox"/> アイペット <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> なし |                            |                                |             |       |
| 入手方法          | <input type="checkbox"/> 買った <input type="checkbox"/> もらった <input type="checkbox"/> 保護した<br><input type="checkbox"/> 自宅で生まれた <input type="checkbox"/> その他 ( ) |   |                            |                                |             |       |
| 入手時期          | 年 月 日   |   | 同居動物                       |                                |             |       |
| 主な飼育環境        | <input type="checkbox"/> 室内 ( %) <input type="checkbox"/> 屋外 ( %) <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 散歩 行く/行かない                            |   |                            |                                |             |       |

## 1、他のペットで以前当院に来院したことがありますか。

- いいえ       はい (受診したペットのお名前 \_\_\_\_\_ )

## 2、本日の来院理由を教えてください。

- 予防 ( 混合ワクチン ・ 狂犬病ワクチン ・ フィラリア検査と予防薬 ・ ノミ、ダニ予防 )  
 セカンドオピニオンとして相談       かかりつけが休診のため  
 具合がわるそう → 具体的に教えてください

|            |
|------------|
| いつ頃からですか   |
| どこがわるそうですか |
| どんな症状ですか   |
|            |

- その他 ( \_\_\_\_\_ )

## 3、過去1年以内に行っている予防を教えてください。

- フィラリア予防 ( 年 月 )    混合ワクチン ( 種 年 月 )  
 ノミ・ダニ予防 ( 年 月 )    狂犬病ワクチン ( 年 月 )    その他

## 4、手術をおこなったことはありますか。

- いいえ    はい (手術内容 \_\_\_\_\_ ) (手術時期 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月ごろ)

**→裏面もご記入お願いいたします。**

- 5、 今までに病気になったことはありますか。  
 いいえ       はい（具体的に \_\_\_\_\_）
- 6、 注射などでショックやアレルギーなど異常が見られたことがありますか。  
 いいえ       はい（具体的に \_\_\_\_\_）
- 7、 いつも何を食べさせていますか。  
 ドライフード     缶詰・ウェットフード     手作り     その他  
（具体的に \_\_\_\_\_）
- 8、 当院から予防等のお知らせハガキをお送りしてもよろしいですか。  
 はい       いいえ
- 9、 当院をどちらでお知りになりましたか。  
 ホームページ     紹介（知人/親族/動物病院 \_\_\_\_\_）  
 通りがかり     SNS（ \_\_\_\_\_ ）     その他（ \_\_\_\_\_ ）
- 10、 当院で撮影したお写真、動物のお名前をホームページ、SNS等でご紹介してもよろしいですか。※個人情報掲載しません。  
 はい       いいえ

**※※ 当院に期待する診察に関して、ご希望があればお答えください ※※**

（現在、特に決まっていない場合は無記入で結構です）

#### A.検査・治療について

- 出来る限りの検査・治療を全てお願いしたい
- 当院の獣医師が必要と考える検査・治療はお願いしたい
- 検査内容を詳しく教えてもらい自分で判断して検査・治療したい

#### B.高度医療・専門医について

- 当院で通常行う治療以外は専門/2次病院での治療を望む
- 当院で通常行う治療の範囲で診察したい

#### C.診察費用について

- できるだけのことしてほしい
- 高額になるときは伝えてほしい（具体的に \_\_\_\_\_）
- 治療費に制限があるのでその範囲内でお願いしたい（具体的に \_\_\_\_\_）

その他ご要望・ご不明な点がございましたらお気軽にスタッフまでお聞きください。