

# 問診票

藤井寺動物病院  
動物人工関節センター  
藤井寺市小山1-2-37  
tel:072-954-5630

NO. \_\_\_\_\_

わかる範囲で結構ですので、ご回答をお願いします。

## 【飼い主様情報】

|                       |   |     |     |     |  |
|-----------------------|---|-----|-----|-----|--|
| フリガナ                  |   | ご住所 | 〒 - |     |  |
| お名前                   |   | ご住所 |     |     |  |
| 電話                    | - -   | 携帯  | - - | ご職業 |  |
| 当院をどのようにしてお知りになりましたか？ | <input type="checkbox"/> ご紹介（知人）（他院） <input type="checkbox"/> 病院を見て<br><input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> その他（） |     |     |     |  |

## 【動物情報】

|       |  |              |  |  |      |       |
|-------|--|--------------|--|--|------|-------|
| お名前   |  | 動物種          | <input type="checkbox"/> 犬   | <input type="checkbox"/> 猫                                     | 品種   |       |
| 毛色    |  | 性別           | <input type="checkbox"/> オス<br><input type="checkbox"/> メス   | <input type="checkbox"/> 去勢オス<br><input type="checkbox"/> 避妊メス | 生年月日 | 年 月 日 |
| 家に来た日 | 年 月 日  | 食事内容         | <input type="checkbox"/> ドライフード <input type="checkbox"/> 缶詰 <input type="checkbox"/> 半生 <input type="checkbox"/> 手作り食<br><input type="checkbox"/> 療法食（メーカー 種類） |  |      |       |
| 同居動物  | <input type="checkbox"/> 犬 匹 <input type="checkbox"/> ウサギ 羽 <input type="checkbox"/> その他（）<br><input type="checkbox"/> 猫 匹 <input type="checkbox"/> トリ 羽 |              |  |  |      |       |
| 生活環境  | <input type="checkbox"/> 室内 <input type="checkbox"/> 両方<br><input type="checkbox"/> 屋外 <input type="checkbox"/> その他（）                                    | マイクロチップ ID番号 |  |  |      |       |

## 【予防・既往歴】

|                              |  |
|------------------------------|--|
| ワクチン接種をしていますか？               | <input type="checkbox"/> 種混合ワクチン 最終接種日 年 月 日<br><input type="checkbox"/> 狂犬病ワクチン 最終接種日 年 月 日<br><input type="checkbox"/> いいえ |
| フィラリア予防はしていますか？              | <input type="checkbox"/> はい 最終投薬日 年 月 日<br><input type="checkbox"/> いいえ  |
| ノミ・ダニ予防はしていますか？              | <input type="checkbox"/> はい 最終投薬日 年 月 日<br><input type="checkbox"/> いいえ  |
| 今までに大きな病気や事故をしたことはありますか？     |  |
| <input type="checkbox"/> はい  |  |
| <input type="checkbox"/> いいえ |  |

## 【来院目的】

体調が悪い  ワクチン予防  フィラリア予防  健康診断  その他

セカンドオピニオン（主治医・病院名：）

体調が悪いとお答えの飼い主様への質問

|                              |                |
|------------------------------|----------------|
| 症状                           |                |
| 今治療中の病気や投薬中の薬はありますか？         |                |
| <input type="checkbox"/> はい  | 病名・症状<br>お薬の種類 |
| <input type="checkbox"/> いいえ |                |

ご協力ありがとうございました。