**問　診　票**

**【飼い主様情報】**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな  お名前 |  | | | 住所 | 〒 | | | | |
| 電話番号 |  | | | 携帯① |  | | 携帯② | |  |
| **当院に発信する可能性がある方の電話番号をなるべく多くお書きください。**  **緊急時や、診療時間外専用番号にお電話をいただいた時、登録されていますとスムーズな診療・対応につながります。** | | | | | | | | | |
| ご職業 |  | | 当院をどこで知りましたか | | | □ホームページ　□facebook　□病院の前をよく通る  □ご紹介（　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| 主にお世話をしている方 | | □ご本人様　□ご家族（　　　　　　　　）　□その他（　　　　　　　　　） | | | | | | | |
| 通院方法 | □車　□バイク　□自転車　□徒歩 | | | | | 往診希望する可能性 | | □あり　□なし | |

**【動物さん情報】**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| お名前 |  | | | | | | 生年月日 | | | 西暦　　　年　　　月　　　日（　　　　歳） | | | | | |
| 種類 | □犬（　　　　　　）□猫（　　　　　　）□ウサギ（　　　　　　）□その他（　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | |
| 性別 | □オス（去勢： 未 ・ 済　）  □メス（避妊： 未 ・ 済　） | | | | | | | | 毛色  特徴 | | |  | | | |
| 性格 | □おとなしい　□怖がり　□嫌なことをすると咬む　□怒りやすい　□その他（　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | |
| 同居し始めた日 | |  | | | | 出生元 | | | □ショップ（　　　　　　　）□ブリーダー　□譲渡 | | | | | | |
| 飼育場所 | □室内　□屋外　□両方 | | | | 同居している他のペット | | | | | | □いる（　　　　　　　　　　　　　　　）  □いない | | | | |
| 動物保険に加入されていますか | | | | □はい（　　　　　　　　　）  □いいえ | | | | | | | お散歩 | | □している（1日　　　　　分位）  □していない | | |
| 食事 | □ドライフード（　　　　　　　　　　　）  □缶詰（　　　　　）□その他（　　　　　） | | | | | | | | 今までに大きな病気や  ケガはありますか | | | | | □はい（　　　　　　　　）  □いいえ | |
| 狂犬病予防接種 | | | □している □していない | | | | | していない場合、接種を希望しますか？ | | | | | | | □はい □いいえ |
| 混合ワクチン接種 | | | □している □していない | | | | | していない場合、接種を希望しますか？ | | | | | | | □はい □いいえ |
| フィラリアの予防 | | | □している □していない | | | | | していない場合、接種を希望しますか？ | | | | | | | □はい □いいえ |
| ノミ・ダニの予防 | | | □している □していない | | | | | していない場合、接種を希望しますか？ | | | | | | | □はい □いいえ |

**【本日はどうされましたか？】**該当に○をつけて、余白に詳しくご記入ください。

元気、食欲が無い　　　えずく、嘔吐、下痢　　　おしっこの異常　　　咳き込む、呼吸がおかしい

皮膚が気になる　　　耳が痒そう　　　眼が赤い　　　どこか痛そう　　　歩様がおかしい