

(No.)

問 診 票

年 月 日

(ふりがな) 飼い主氏名 :		住所 : 〒	
TEL(自宅) :		TEL(携帯) :	
ペット名 :		性別 : オス・メス (不妊手術 : 未・済)	
種類 : 犬・猫・フェレット	品種 :	毛色 :	
生年月日 : (歳)		紹介者 :	
1 主な飼育場所はどこですか? 室内・屋外・その他()			
2 入手方法は? 買った(ショップ名 :)・もらった・拾った・自宅で生まれた その他()			
3 他に飼育している動物はいますか? いる(種類 :)・いない			
4 かかりつけの動物病院はありますか? はい・いいえ “はい”の場合 (どちらの病院ですか?)			
5 1年以内に狂犬病のワクチン接種をしていますか? はい・いいえ “はい”の場合 市町村への申請手続きはしていますか? はい・いいえ			
6 1年以内に混合ワクチンの接種をしていますか? はい・いいえ “はい”の場合 (どのような種類ですか?)			
7 ノミ・ダニの予防をしていますか? はい・いいえ “はい”の場合 (錠剤・おやつ・スポット・その他 :)			
8 フィラリア症の予防をしていますか? はい・いいえ “はい”の場合 (錠剤・おやつ・スポット・その他 :)			
9 今までに病気になった経験はありますか? はい・いいえ “はい”の場合 (いつ頃ですか?) (どのような病気ですか?)			
10 今までに注射などでショックを起こしたり、副作用が出た経験はありますか? はい・いいえ “はい”の場合 (注射・ワクチン・錠剤・その他 :) (どのような症状でしたか?)			
11 本日の来院理由はなんですか? ◆ 内科・外科・皮膚科・整形外科・腫瘍科・神経科・歯科・その他() ◇ 具合が悪い (いつからですか?) (どのような症状ですか?) ◇ 健康診断・相談 (内容 :) ◇ ワクチン接種・狂犬病予防接種・予防関係(ノミ・ダニ・フィラリア) ◇ その他()			

ありがとうございました。この問診票を受付に提出して診察までしばらくお待ちください。



倉敷動物医療センター アイビー動物クリニック

(No.)

問診票 (うさぎ)

年 月 日

(ふりがな) 飼い主様氏名		住所：〒	
TEL (自宅) :		TEL (携帯) :	
ペット名 :	品種 :	性別 : オス・メス (不妊手術 未・済)	
生年月日 : (歳)		紹介者 :	
1 主な飼育場所はどこですか？ 室内・屋外・その他 () 広さは？ () 床の材質は？ ()			
2 入手方法は？ 買った (ショップ名 :) ・もらった 自宅で生まれた・その他 ()			
3 他に飼育している動物はいますか？ いる (種類 :) ・いない			
4 ケージから出して運動させる時間はどのくらいですか？ (1日平均 時間位)			
5 ケージの掃除はどのくらいの間隔で行っていますか？ (毎日・週1回・月1回以下・やらない)			
6 食べ物はどのようなものを与えていますか？ ◇牧草 チモシー・アルファルファ・与えていない・その他 () 量は1日に (回)、1回に () 与えている・食べ放題 ◇ペレット 量は1日に (回)、1回に () 与えている・食べ放題 ◇おやつ 生野菜・乾燥野菜 () ・その他 () 量は1日に (回)、1回に () 与えている・食べ放題			
7 いままでに病気になった経験はありますか？ はい・いいえ “はい” の場合 (いつ頃ですか？) (どのような病気ですか？)			
8 本日の来院理由はなんですか？ ◇具合が悪い いつからですか？ () どのような症状ですか？ () ◇健康診断 () ◇相談・その他 ()			

ありがとうございました。この問診票を受付に提出して診察までしばらくお待ちください。



倉敷動物医療センター アイビー動物クリニック