初診問診票

動物情報

名前	ちゃん

本日の来院理由を教えて下さい。

☐ 健康診断　☐ 予防（狂犬病・混合ワクチン・フィラリアなど）　☐ その他（症状なし）
☐ 体調不良　（下記に詳しくご記入下さい）

症状について教えて下さい。

どのような症状ですか？

いつからですか？

食欲はありますか？　ある・少し落ちた・ほとんどない・全くない　※○を付けて下さい

元気はありますか？　ある・少し落ちた・ほとんどない・全くない　※○を付けて下さい

上記の症状に関して他院を受診されましたか？　☐ はい（　　動物病院）　☐ いいえ

予防歴について教えて下さい。

▶予防接種の最終歴を教えて下さい。

混合ワクチン　（　　）種　　最終接種日　　年　　月　　日

狂犬病ワクチン　　最終接種日　　年　　月　　日

●ワクチンで副作用が起きたことはありますか？　☐ はい（混合ワクチン・狂犬病）　☐ いいえ

▶ノミダニ予防をしていますか？　　薬剤名

☐ はい　　最終投与日　　年　　月　　日（　　）

☐ いいえ

▶フィラリア予防をしていますか？　　薬剤名

☐ はい　　最終投与日　　年　　月　　日　（　　）

☐ いいえ

飼われた経緯を教えてください。

☐ ペットショップ　☐ ブリーダー　☐ 拾った　☐ もらった　☐ その他【　　】

アンケート

当院を知ったきっかけを教えて下さい。

☐ インターネット　【検索ワード：　　】☐当院の口コミ　☐ ラジオ

☐ ご紹介【　　（知人・動物病院）】　☐ 看板　☐ ブルスケッタ（併設レストラン）

☐ 来院履歴【あり(いつ頃：　　理由：　　)・なし】　☐ その他【　　】

ダクタリ動物病院　京都医療センター