



初診問診表

当院を初めて受診される飼い主様はこちらを記入し、受付に提出して診察にお呼びするまでお待ち下さい。



年 月 日

ふりがな
飼い主様のお名前

ご住所 〒 -
(マンション・アパート名)

お電話番号 携帯電話

メールアドレス @

ペットのお名前 種類 犬・猫・その他 ()
生年月日 年 月 日 品種
性別 オス・メス

1. 避妊/去勢はしていますか? はい - いつ頃? () いいえ
2. いつから飼っていますか? (分かる範囲で) 年 月 日
3. 入手方法 購入 (購入先) ・ もらった ・ 保護した ・ その他
4. 他に同居の動物はいますか? いる (犬 匹・猫 匹・その他 (匹))
 いない
5. 来院された理由 具合が悪そうだから
→いつからですか?
→どんな症状ですか?
 健康診断 ワクチン接種 フィラリア予防
 セカンドオピニオン・相談
 その他 ()
6. ワクチン接種はしていますか? ①混合ワクチン 1度もない 幼少期のみ接種
 はい →何種ですか (種)
→いつ頃ですか (年 月)
②狂犬病ワクチン いいえ はい →いつ頃ですか (年 月)
7. フィラリア予防はしていますか? はい - 錠剤・チュアブル・その他 () いいえ
8. ノミ・ダニ予防はしていますか? はい →商品名 () いいえ
9. 主に生活している場所 室内 ・ 室外
10. いつも食べているものは? ドライフード →メーカー・商品名 ()
 缶詰 →メーカー・商品名 ()
 療法食 ()
 その他 ()
11. 今まで病気をしたこと、手術をしたことはありますか?
 はい いいえ
具体的に
12. 今まで注射やお薬などで副作用・アレルギー・ショックなどの異常が見られた事がありますか?
 はい いいえ
具体的に
13. 当院を何でお知りになりましたか?
 電話帳 紹介 (紹介者様) 近所 看板
 インターネット 以前かかっていた その他 ()
14. 保険には加入していますか? はい いいえ

■個人情報保護について

- I. 収集した個人情報は、ご本人の同意がない限り、病院業務以外の目的に利用いたしません。
- II. 個人情報への不正なアクセス、個人情報の紛失、破壊、改ざん、漏洩などの危険防止に努めます。
- III. 個人情報保護法に関する日本の法令およびその他の規範を遵守いたします。

ウッディタウン動物病院

〒669-1323 三田市あかしあ台 5-6-6

TEL 079-564-7333