

# 初診質問票・犬

フリガナ

飼主氏名：

電話：

携帯：

〒

住所：

御紹介者：

品種：

色

呼名：

オス・メス

動物生年月日：

年

月

日

飼育年月日：

年

月

日

～

1. 本日の来院理由は？
2. いつも住んでいる場所は？ ①室内 ②外の犬舎 ③庭で放し飼い ④他
3. 入手方法は？ ①買った ②もらった ③自宅で生まれた ④拾った
4. ワクチンは接種してありますか？ ①はい（狂犬病、3種、5種、6種、8種）  
②いいえ
5. フィラリアの予防はしていますか？ ①はい ②いいえ
6. 不妊手術（去勢、避妊）をしましたか？ ①はい（いつ？ ） ②いいえ
7. 他に動物がいますか？①はい（犬、猫、小鳥、ウサギ、ハムスター、他、 ）  
②いいえ
8. 今までに他の病院にかかったことがありますか？  
①はい（いつ？ ）なぜ？  
②いいえ
9. 他の病院にかかったことのある場合、注射、ワクチン、薬でショック、アレルギー症状等の異常がみられたことがありますか？  
①はい（具体的に ）  
②いいえ
10. 当院に他の動物で来院したことがありますか？①はい（具体的に ）  
②初めて