

# 犬初診質問票

No. \_\_\_\_\_

年 月 日



より良い診察をするため、あなたの愛犬の情報が必要です。ご協力ください。

住所				自宅	-	-
フリガナ				電話	携帯	-
飼い主名	ご職業	家族数 (本人含め)	人	電話	勤務	-
		中学生以下	人			-

次に、言葉の話せない患者さん(愛犬)に代わってお答えください。

E-mail

犬種				呼名			性別	オス・メス・去勢済・不妊済
色	生年月日	年	月	日	飼育開始年月日	年	月	日

- いつも住んでいる場所? ①室内 ②庭で放し飼い ③庭の犬舎 ④玄関内 ⑤車庫の中  
⑥倉庫の中 ⑦その他 ( )
- 入手方法は? ①買った(どこから ) ②もらった(だれから )  
③自宅で生まれた ④拾った ⑤いつのまにか住みついた ⑥その他 ( )
- 犬を飼育する目的はなんですか? ①家族の一員 ②子供さんの情操教育 ③老後の楽しみ ④番犬  
⑤なんとなく ⑥しかたなく ⑦狩猟 ⑧展覧会 ⑨その他 ( )
- 他に同居している動物はいますか?  
①はい → その種類は:   
②いいえ
- 本日の来院は?  
①具合が悪そうだから → いつ頃からですか:   
②健康チェック・相談  
③予防注射・フィラリア予防  
④しつけ・不妊・去勢  
⑤その他 ( )  
どんな症状ですか:
- 予防注射はしてありますか?  
①はい → 何のワクチンをいつ接種しましたか: 年 月 日  
②いいえ  
③予防注射はしたが何のワクチンかは不明
- フィラリアの予防をしていますか?  
①はい → どんな薬ですか  
②いいえ  
①チュアブル ②錠剤 ③滴下式
- 不妊手術(去勢・不妊)はしましたか?  
①はい → それはいつごろですか: 年 月 ころ  
②いいえ → 将来、手術を受ける予定はありますか? ①はい  
②いいえ  
③その時にしないとわからない
- いつも何を食べさせていますか?  
①ドッグフード (缶詰・パウチタイプ → メーカーまたは商品名:   
ドライタイプ → メーカーまたは商品名:   
②人の食べ物 → 具体的に:   
③その他 →
- 今までに病気や事故その他けがをしたことがありますか?  
①はい → それはいつごろですか: 年 月 ころ  
②いいえ  
どんな病気やけがですか:   
どちらの病院で受診しましたか ( )  
今、治療は終了していますか (はい・いいえ)
- 当病院をどうして知りましたか?  
①紹介-紹介者 ( ) ②以前から知っていた  
③以前にも来院したことがある ④電話帳 ⑤看板 ⑥広告 ⑦新聞 ⑧インターネット  
⑨ホームページ ⑩病院の前を通る ⑪犬の散歩中に聞いた ⑫その他 ( )
- 他に、何か知っておいてもらいたいことなどがありましたらご記入ください。

ご協力ありがとうございました。