



カルテ No. -

問診票

●飼主様情報 初診日 年 月 日

フリガナ		フリガナ	
お名前	様	住所	〒 -
電話	- -	(緊急連絡先 - -)	

●動物様情報

フリガナ		動物種	<input type="checkbox"/> 犬 <input type="checkbox"/> 猫	
お名前	ちゃん	品種・毛色	品種：	毛色：
		性別	<input type="checkbox"/> オス <input type="checkbox"/> メス <input type="checkbox"/> 去勢オス <input type="checkbox"/> 避妊メス	
入手方法	<input type="checkbox"/> ペットショップ <input type="checkbox"/> ブリーダー <input type="checkbox"/> 保護した <input type="checkbox"/> その他 ()			
生年月日	西暦 年 月 日 (歳)	<input type="checkbox"/> 不明	飼育開始日	年 月 日
ペット保険	<input type="checkbox"/> 加入あり (保険会社：) <input type="checkbox"/> なし			
マイクロチップ	<input type="checkbox"/> 装着あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明			

●本日はどうされましたか？

具合が悪い
 相談のみ
 健康診断
 ワクチン
 フィラリア予防
 ホテル

↓ ↓

●具合が悪い、相談のみとお答えの方

症状	(例：下痢、嘔吐をする)		
いつ	(例：昨晚から、以前にも同じ症状が出たことがある)	環境の変化	(例：いつもと違うフードを与えた)

●今までかかった病気・怪我、薬アレルギーについて

今までかかった 病気・怪我	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
お薬・注射での 異常	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし

⇒裏面へのご記入もお願いいたします。

●その他（わからないものは無記入でかまいません）

1. 食事は何を与えていますか？

- ペットフード（商品名： _____ ）
手作り食（ _____ ）
おやつ（ _____ ）

4. ワクチン接種はしていますか？

- はい
狂犬病（最終接種 年 月 日）
__種混合（最終接種 年 月 日）
いいえ

2. 同居動物はいますか？

- はい 犬（ _____ 匹） 猫（ _____ 匹）
その他（ _____ 、 _____ 羽）
いいえ

5. フィラリア予防はしていますか？

- はい（錠剤・チュアブル・注射・スポット）
いいえ

3. 生活場所はどこですか？

- 室内（散歩あり） 室内（散歩なし）
室内（自由な外出あり） 室外のみ

6. ノミ・ダニ予防はしていますか？

- ノミ ダニ
いいえ

7. 検査・治療に関する費用について説明をご希望されますか？

- はい（ _____ ）万円以上の場合、説明希望
いいえ 基本的に説明不要

●アンケート

1. ご来院のきっかけはなんですか？

- お住いの近く 動物病院情報サイト ホームページ
Instagram ご紹介（ _____ 様） その他（ _____ ）

2. 予防の時期や健康診断などのお知らせをお送りしてもよろしいですか？

- はい（ハガキ・LINE）
いいえ

3. InstagramなどのSNSでお写真を使用してもよろしいですか？

- はい
いいえ

●ご意見、ご要望

[_____]



ご記入にご協力いただき、ありがとうございました。

<ご記入いただいた個人情報について>

- ・ご記入いただきました個人情報については、当院での業務のみに使用いたします。
- ・警察等の行政・司法機関からの要請があった場合を除き、ご本人の同意がない限り第三者へは提供いたしません。