

平成 年 月 日. カルテ No. \_\_\_\_\_

この問診表は、あなたのペットを診察する上で、大切な資料となります。わかる範囲で詳しくおしえてください。



■ 飼い主様について (家族構成：12歳以下 \_\_\_\_\_ 人)

※12歳以下は寄生虫などに感染しやすいため

|     |      |             |          |
|-----|------|-------------|----------|
| お名前 | ふりがな | 御住所 〒       | TEL      |
|     |      |             | FAX      |
| ご職業 |      | メール<br>アドレス | 携帯<br>PC |

■ ペットについて

| お名前 | 品種 | 毛色 | 性別(○印)             | 生年月日(年齢)   | 性格(番号に○印)                 |
|-----|----|----|--------------------|------------|---------------------------|
|     |    |    | オス<br>メス<br>去勢・避妊済 | 年 月 日<br>才 | ⑦おとなしい～普通<br>⑧神経質<br>⑨攻撃的 |

【今日はどうされましたか】

⑦ 具合が悪い (具体的に) \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

- ⑧ 健康チェック・相談 ③ ワクチン(予防接種)  
 ⑨ フィラリア予防 ⑤ ノミ駆除・予防

【いつも食べているものは】

- ⑨ フェレットフード (缶詰)  
 メーカー又は商品名 \_\_\_\_\_  
 ⑩ フェレットフード (ドライフード)  
 メーカー又は商品名 \_\_\_\_\_  
 ⑪ フェレットフード (その他・間食等)  
 メーカー又は商品名 \_\_\_\_\_  
 ⑫ 人の食べ物をあげる (その他・間食等)  
 (具体的に) \_\_\_\_\_

【定期的なフィラリア予防をしていますか】

<最終予防日 年 月 日>  
 ⑤ はい (1ヶ月に1回の薬/毎日の薬/注射)  
 ⑥ いいえ

【定期的なノミ予防をしていますか】

- ⑤ 滴下薬など (フロントライン/アドバンテージ)  
 ⑥ 内服薬 (プログラム \_\_\_\_\_)  
 ③ のみとり首輪/粉  
 ④ シャンプー (自宅・ペットショップ・病院で)  
 ⑤ 何もしていない (←ノミは猫ひっかき病の原因を媒介します。  
 犬についているノミの約7割が猫ノミです。)

【大きな病気や事故をしたことがあれば書いてください】

\_\_\_\_\_

【当院をお知りになったきっかけは？(複数回答可)】

- ① ご紹介 \_\_\_\_\_ 様 \_\_\_\_\_ ちゃん  
 ご紹介コメント \_\_\_\_\_  
 ②近所・通りがかり ③電話帳 ④看板 ⑤インターネット  
 ⑥その他 ( \_\_\_\_\_ )

【定期的なワクチン接種はうけていますか】

<接種日 年 月 日>  
 ③ 毎年している  
 ②うけたことはない・最近していない

【お友達や他の飼い主さまと、ペットの飼い方や病気などについて情報交換をされますか？】

- ① 5人以上としている ② 1~4人としている ③ していない

【注射後にアレルギー症状がでたことがありますか】

- ①ない ②ある (何の注射ですか) \_\_\_\_\_

【病院からのダイレクトメールの送付を希望しますか】

- ①はい ②いいえ

ご協力ありがとうございました



くらた動物病院