初診時問診票

カルテ No.	ペット名

どのような経緯でご自宅に迎えられましたか

☐ ペットショップで購入　☐ 知人より譲渡　☐ 保護　☐ 里親

☐ ブリーダーより購入　☐ その他（　　）

現在の生活環境について教えてください

☐ 完全屋内飼育　☐ 屋内飼育＋散歩　☐ 屋外飼育

いつも食べている食事内容を教えてください　※複数回答可

☐ ペットフード（ドライ）　☐ 缶詰　☐ 手作り食　☐ 生肉・生野菜

実施したことのある予防注射とそれぞれの最終接種日を教えてください　※複数回答可

☐ 混合ワクチン（　種）〔　年　月頃〕　☐ 狂犬病ワクチン〔　年　月頃〕

最後に実施した予防薬とそれぞれの最終投薬日を教えてください　※複数回答可

☐ フィラリア症　〔 お肉タイプ・滴下タイプ・錠剤・その他（　） 〕〔　年　月頃〕

☐ ノミ・ダニ　〔 お肉タイプ・滴下タイプ・錠剤・その他（　） 〕〔　年　月頃〕

☐ 腸内寄生虫　〔 お肉タイプ・滴下タイプ・錠剤・その他（　） 〕〔　年　月頃〕

マイクロチップは入っていますか

☐ はい 〔 マイクロチップ登録番号：　〕 ☐ いいえ

かかりつけ病院はありますか

☐ いいえ　☐ はい 〔 病院名：　〕

他に同居しているペットはいますか

☐ いいえ　☐ はい 〔 頭 / 種類：　〕

これまでに大きな病気・手術をしたことがありますか

☐ いいえ　☐ はい 〔 既往歴：　〕

これまでにアレルギー反応が出たことはありますか

☐ 食べ物〔　〕　☐ 環境〔　〕　☐ 注射〔　〕　☐ 薬〔　〕

現在かかっている病気・飲んでいる薬はありますか

☐ いいえ　☐ はい 〔 病名：　〕

〔 服用薬：　〕

上記のペットについて別紙の個人情報保護方針に同意いただける場合はサインをお願いします

年　月　日　署名

ご記入ありがとうございました！

2023.12.29 改訂版

ALLONE動物病院