

大切なご家族のかわりに、
ご記入・該当項目に○をお願いします。

問診票



FNP動物病院

飼い主様について教えてください

年 月 日

フリガナ		電話番号	自宅	
お名前	マイクロチップ情報に登録した所有者の名前を記入ください		携帯	
ご住所	〒		勤務先	

紹介されて来院の方（紹介者： 様）

ペットについて教えてください

お名前		動物種	犬・猫 その他（ ）	品種	
生年月日	年 月 日 (歳 か月)	性別	オス [去勢手術 未・済] メス [避妊手術 未・済]	飼育場所	室内 屋外 両方
同居動物はいますか？ いません ・ います（動物種と数 ）					
マイクロチップは入っていますか？ はい ・ いいえ					
動物保険に加入していますか？ いいえ ・ はい ⇒ アニコム・アイペット・その他（ ）					
購入先等	ペットショップ プリーダー 知人 動物愛護センター 譲渡会 拾った その他：				

本日はどうされましたか？ をお願いします。複数回答可

- ① 病気・けが 具合が悪い 相談（ ）
予防接種 フィラリア症予防 ノミ・ダニ予防 新たに迎え入れた
他（ ）
- ② 病気・けが・具合が悪い方へ
1. いつからですか？ { }
2. どのような症状ですか？
{ }
3. 何か治療はされましたか？
今回の診察が初めて 他院で治療したことがある ご自分で治療したが治らなかった

以下、教えてください。

1. 現在治療中の病気やケガはありますか？

どのような病気やケガですか？

いいえ ・ はい⇒

2. 今までに病気やケガ、手術をしたことがありますか？

いつ、どのような病気やケガ、手術でしたか？

いいえ ・ はい⇒

3. 今までに注射や薬で具合が悪くなった事がありますか？

いつ、どのような注射・薬でしたか？

いいえ ・ はい⇒

4. ペットに行っている予防状況を教えてください

① 混合ワクチン いいえ ・ はい [種ワクチン] (最終接種は 年 月頃)

② 狂犬病ワクチン いいえ ・ はい (最終接種は 年 月頃)

③ フィラリア予防 いいえ ・ はい (毎年 時々)

最後に予防したのは 年 月頃 薬の種類は _____

④ ノミ・ダニ予防 いいえ ・ はい (毎年 時々)

最後に予防したのは 年 月頃 薬の種類は _____

5. 普段の食事は？

ドライフード 缶詰 半生 人の食べ物 手作りフード
療法食(病気・予防用のフード) [商品名： _____]

6. [アンケート] 動物病院でのシャンプー・カットを利用してみたいと思いますか？

はい いいえ 内容や料金によっては利用してみたい

7. 当院からの郵便物(1年後の予防接種やフィラリア案内ハガキ等)は 受け取り可能 いない

ありがとうございました。カルテを作成しお呼びしますので、もうしばらくお待ちください。