

# 犬 問診票

NO.

年 月 日

飼主氏名 (ふりがな)

電話番号

自宅

— —

携帯電話

— —

勤務先電話

— —

住所 (郵便物が届くように)

〒

市

区

犬の名前 (漢字の場合はふりがなを)

犬種

毛色

生年月日

西暦

年

月

日

(才)

性別

 オス オス去勢 メス メス避妊

去勢・避妊手術はしていますか？

 はい (いつ頃: )  いいえ

最近受けた、予防接種を教えてください

 狂犬病予防注射 年 月頃  狂犬病予防注射は、打っていない  
 混合ワクチン(種ワクチン) 年 月頃  混合ワクチンは、打っていない

フィラリア症の予防はしていますか？

 飲み薬  チュアブル  注射  していない

飼育環境について教えてください

 おもに屋内  屋内屋外の両方  
 おもに屋外 散歩は1日に約 時間 分

今までにワクチンや薬品によるアレルギーはありましたか？

 ある ※何に対して反応しましたか？ ( )  
 ない

食事について教えてください

 家族と同じもの  ドライタイプ  
 犬用に調理したもの (材料: )  缶タイプ  
 市販のドッグフード (品名: )  半生タイプ  
 動物病院の処方食 (品名: )

大まかな性格を教えてください

知らない人が  好き  苦手 知らない犬が  好き  苦手  
噛み癖が  ある  ない 知らない場所が  好き  苦手  
体を触られるのが  好き  苦手 飲み薬が  できる  できない  
その他特徴的な性格 ( ) (  錠剤・ 粉薬)

飼育している動物の総数を教えてください

犬 ( 匹) 猫 ( 匹) その他 ( )

当院をどのように知りましたか？

 通りを歩いて知っていた  HP  電話帳  当院に通っている、または通っていた  
 紹介 → 差支えなければ、どなたのご紹介か教えてください。 ( )

現在、動物保険に加入されていますか？

 はい ※どちらの保険ですか？  アニコム  アイペット その他 ( )

明細書に必要なものがあれば、○を付けて下さい。

印鑑 診断名 その他 ( )

 いいえ