



初診問診票



初診日： 年 月 日

カルテNO.

◆飼い主様基本情報◆

フリガナ

飼い主名 _____ 様

住所 _____

携帯番号 _____ ()

自宅その他 _____ ()

紹介者 _____ 様

◆ペットの基本情報◆

名前 _____ ちゃん 犬種 () 毛色 ()

性別 ♂ ♀不妊手術 済 未 ※♀の場合：最終発情の時期 () 頃生年月日 _____ 年 月 日 マイクロチップ あり なし 不明

飼い始めた時期 _____ 年 月 日

◆生活環境について◆

同居動物の有無 なし あり (動物種：) (頭数： 匹)飼育場所 完全室内 屋外散歩 する 1日 (回) 計 (分程度) しない

排泄状況 尿 1日 () 回 便 1日 () 回

嘔吐や下痢の有無 嘔吐 頻繁にする 時々する (頻度や吐物内容：)
しない下痢 頻繁にする 時々する (頻度や便の状態：)
しない食事 回数：1日 () 回
内容：ドライフード ウェットフード (缶詰・レトルトなど) 手作り
(フードの使用銘柄や手作り食の内容：)食欲 一気に食べる ゆっくり食べる 何回かに分けて食べる 食が細いおやつ 与えている (頻度：) (おやつの種類：)
与えていない

◆予防について◆

狂犬病ワクチン接種 毎年している 時々している (最終接種： 年) していない混合ワクチン接種 毎年している 時々している (最終接種： 年) していないフィラリア予防 毎年している 時々している (最終投与： 年) していないノミダニ予防 毎年している 時々している (最終投与： 年) していない

製剤名 フィラリア予防薬 () ノミダニ予防薬 ()

◆病歴について◆

既往歴 ある (具体的に：) ない不妊手術以外の手術 ある (具体的に：) ない現在治療中の病気 ある (病名：) ない現在投薬中の薬 ある (薬品名：) ないお薬や注射での副反応 ある (具体的に：) ないアレルギーの有無 ある (具体的に：) ない

◆保険加入について◆

ペット保険加入の有無 あり (保険会社名：) なし

◆本日のご来院理由◆



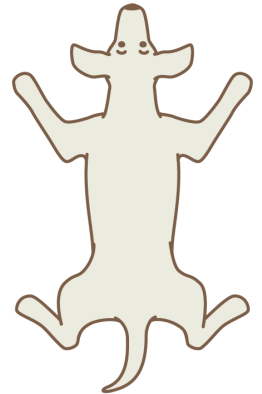
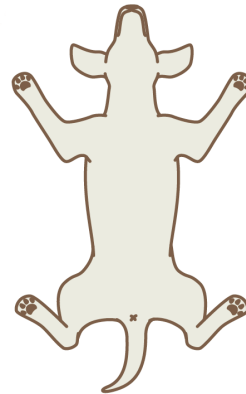
※当てはまるもの全てに✓または記入をお願いします。

症状のある所に✓をしてください

皮膚症状について

① どのような症状が気になりますか？✓をしてください

カサブタ ベタつき 皮膚の肥厚 皮膚の黒ずみ におい 赤み ブツブツ ただれ フケ 脱毛 耳あか 耳を痒がる その他 ()



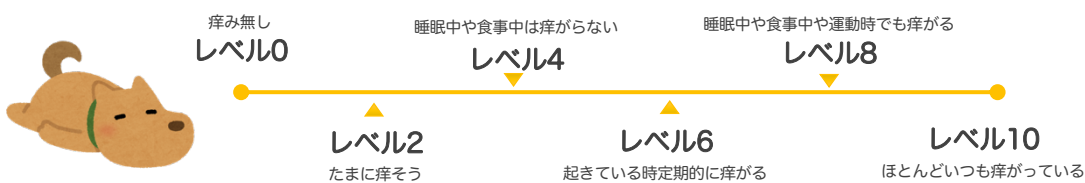
② それはいつからですか？✓をしてください

1~3 日前 1 週間前 2 週間前 1 ヶ月前 1 ヶ月以上前 (ヶ月) 1 年以上前 (年)

③ 症状は変化していますか？□を選択してください

□いいえ □はい: 大きくなった 増えた 広がった 症状に波がある その他 ()

④ 痒みのレベルはどれぐらいですか？(0~10まで)



生活環境について

⑤ 飼育場所は？ □常に屋内 □ほとんど屋内 □屋内屋外半々 □ほとんど屋外 □常に屋外

⑥ お散歩は行きますか？ □いいえ □はい (頻度: 場所:)

⑦ ノミ・マダニ予防薬は投与していますか？ □いいえ □はい (製品名:)

⑧ 同居動物や人に皮膚症状はありますか？ □いいえ □はい (症状:)

⑨ 現在の食事とおやつは？

□ドライフード (製品名:) □ウェットフード (製品名:)

□おやつ () □野菜・果物 () □人の食べ物など ()

⑩ シャンプーは？ □自宅 (頻度:) □サロン (頻度:) □行っていない

今までの治療歴について

⑪ 今回の皮膚症状について、治療を受けたことはありますか？ □いいえ □はい

⑫ 現在治療中の病気はありますか？ □いいえ □はい (疾患名:)

⑬ 現在使用しているお薬はありますか？ □いいえ □はい (製品名:)

⑭ 薬や食べ物でアレルギーが出たことはありますか？ □いいえ □はい ()

⑮ その他、ご要望や気になることはございますか？ご自由にご記入ください。

[]

記入後はこのPDFデータを上書き保存して頂き、webサイトの「問診票を送る」からメールに添付して送信をお願いいたします。

