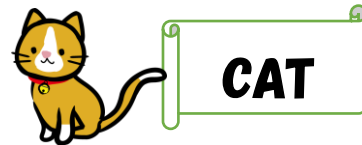


**パセリ動物病院 問診票**



おうちの子に代わってお答えください

愛猫のお名前(

ちゃん)

**裏面も御座います**

記入日: 年 月 日

●ご来院の目的

具合が悪い・ワクチン接種・健康診断・相談 (当てはまるものに○を付けてください。)

症状・ご相談内容などなるべく具体的にご記入ください。

●当てはまる項目に○をつけて、分かる範囲で記入をしてください。

どのような経緯でおうちに来ましたか？	自宅で生まれた・譲り受けた・拾った・ペットショップ
ペット保険に加入されていますか？	はい (保険会社名: ) ・いいえ・わからない
マイクロチップは入っていますか？	はい (No. ) ・いいえ・わからない
避妊又は去勢手術を受けていますか？	はい( 才頃) ・いいえ・わからない
ワクチン接種はしていますか？	はい・いいえ・わからない 混合ワクチン( 種混合、最終接種: 年 月頃)
ノミ・ダニの予防はしていますか？	はい (製品名: ) ・いいえ・わからない
フィラリアの予防はしていますか？	はい (製品名: ) ・いいえ・わからない
ウイルス検査を受けたことはありますか？	はい (猫白血病: 陽性・陰性 猫エイズ: 陽性・陰性) いいえ・わからない
いつもどこで過ごすことが多いですか？	室内で放し飼い・室内のケージ内・外出自由・その他( )
どんな食事をしていますか？	ドライフード ( ) 缶詰フード ( ) 人間の食べ物 ( ) おやつ ( ) その他 ( )
他に動物を飼育していますか？	犬・猫・その他 ( )
今までに病気やケガをしたことはありますか？ それはいつ頃、どの様なものでしたか？	はい・いいえ・わからない [ ]
注射・お薬で具合が悪くなったこと はありますか？	はい・いいえ・わからない ☞はいの場合 (薬剤名: ) (症状: )
現在使用中のお薬はありますか？	はい (薬剤名: ) ・いいえ・わからない

(裏面へ)

●当院をお知りになった理由を教えてください

ペットショップの紹介・ホームページやFacebookを見て・知人の紹介（様）  
・他院の紹介（病院）・以前通っていたことがある（犬・猫・その他ちゃん）  
・その他（ ）

●ご関心のあることをお聞かせください（該当箇所に○をつけてください。）

(1)予防医療	(2)避妊・去勢手術	(6)ダイエット
・ワクチン	(3)アキケア	内容（ ）
・フィラリア	(4)歯磨き	(7)つけ
・ノミ・ダニ	内容（ ）	内容（ ）
・健康診断	(5)食事・おやつ	(8)高齢期ケア
・その他（ ）	内容（ ）	内容（ ）

●その他、心配なこと、お気づきの点がございましたらご自由にご記入ください。

（例：食べ物のアレルギー、性格など）

ご記入ありがとうございました。問診票を受付へお渡しく下さい。

パセリ動物病院

当院は、個人情報保護法に基づきここに記載された個人情報を適切に管理し、医療目的にのみ利用するとともに、本人の事前同意なしには、目的外の利用や第三者への提供などは致しません。なお、利用目的の範囲内でご本人様宛に予防やキャンペーンのお知らせ等を送信することがあります。