

受付での混雑を避けるためにご協力をお願いいたします。

受付問診票

PePeどうぶつ病院

診察券番号	飼い主様名	
		ちゃん

診察希望



具体的に教えてください。

検査希望

☐ 血液検査

☐ 抗体検査

☐ 糞便検査

☐ 尿検査

☐ フィラリア検査

☐ その他（ ）

予防接種

☐ 狂犬病予防ワクチン

☐ 混合ワクチン（ ）種

予防薬

☐ フィラリア症予防薬（ ）ヶ月分・シーズンまとめて

☐ フィラリアノミダニ混合予防薬（ ）ヶ月分・シーズンまとめて

☐ ノミダニ予防薬（ ）ヶ月分・シーズンまとめて

その他

☐ 定期薬（ ）ヶ月分

☐ サプリメント（ ）

☐ フード（ ）

☐ 爪切り

☐ 肛門腺絞り

[

]



初診問診票



お話ができない大切なご家族に代わってお答えください

No.

*飼主様

年 月 日

フリガナ	電話番号 ①	—	—	()
お名前	電話番号 ②	—	—	()
※ペット保険にご加入の場合はご契約者様のお名前をご記入ください				
フリガナ				
ご住所	〒			
	※ビル・マンション名・部屋番号もご記入ください		家族構成	
			大人 人 子供 人	

*患者様 (□に✓印をつけてください)

お名前	☐ 犬 ☐ 猫 ちゃん ☐ その他	種類	性別 ☐ オス ☐ メス	不妊手術 (去勢・避妊) ☐ 済 (年 月 日) ☐ 未
生年月日	年 月 日	毛色	入手時期 《 年 月 日》	
混合ワクチン	最終接種日	才	入手方法 ショップ名	
☐ 済 《 年 月 日》 ☐ 未			☐ ショップ () ☐ プリーダー	
狂犬病ワクチン	最終接種日		☐ 保健所・保護団体から ☐ 自身で保護	
☐ 済 《 年 月 日》 ☐ 未			☐ 知人から ☐ 自宅で生まれた	
フィラリア症予防			☐ その他 ()	
☐ している ☐ していない	最終投薬日 《 年 月 日》		お食事	
			☐ ドライフード ()	
保険加入 ☐ 有 《 》 ☐ 無			☐ 半生フード () ☐ 手作り ()	
マイクロチップ			☐ ウェットフード () ☐ 人間の食べ物 ()	
☐ 有 ☐ 無 ☐ 検討中			当院をお知りになったきっかけは？	
			☐ インターネット ☐ 知人から ()	
			☐ 前を通過 ☐ その他 ()	

① いつも生活している場所はどこですか？

☐ 室内 (%) ☐ 屋外 (%) ☐ その他 (%)

② 他にご家庭で飼っている同居動物について

☐ いない / ☐ いる 【犬 ____匹 ・ 猫 ____匹) ・ その他 () ____匹】

③ 今まで病気になったことはありますか？

または現在治療中の病気はありますか？ (ケガも含む)

④ 今までに薬や注射などで異常がみられたことがありますか？

例：じんましん・下痢等

☐ いいえ ☐ はい ⇒具体的に

⑤ 本日の来院理由は何ですか？