

歯科初診問診票

言葉が話せないペットに代わってお答えください。

口腔内診察をする上で大切な資料となります。わかる範囲でお答えください。

★飼い主様情報

ふりがな	お電話番号
お名前	TEL () —
ご住所(マンション・アパート名などもご記入ください)	緊急連絡先
〒 —	(携帯電話など) — —

★ペットの情報 (□にはv印をつけてください)

お名前	動物種に○をして種類を記入して下さい	性別
ちゃん	犬・猫・うさぎ・その他 種類()	<input type="checkbox"/> オス <input type="checkbox"/> メス <input type="checkbox"/> 去勢済 <input type="checkbox"/> 避妊済
お誕生日	毛色	性格
年 月 日(歳)	(色)	<input type="checkbox"/> おとなしい <input type="checkbox"/> 怖がり <input type="checkbox"/> 噛むことあり <input type="checkbox"/> その他
入手方法	いつも生活している場所	いつも食べているもの
<input type="checkbox"/> 買った <input type="checkbox"/> もらった <input type="checkbox"/> 拾った <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 室内 <input type="checkbox"/> 屋外 <input type="checkbox"/> 庭の犬舎 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 缶詰 <input type="checkbox"/> ドライフード <input type="checkbox"/> 人の食べ物 <input type="checkbox"/> 牧草 <input type="checkbox"/> その他()

●当院をどのようにお知りになりましたか？

- ご紹介(様 ちゃん)
看板 パンフレット 電話帳 当院ホームページ
新聞チラシ 携帯ホームページ 牧の原モアに来て
知人に聞いた その他()

●本日の来院の理由は？(複数回答可)

- 動物病院からの紹介
病院名: _____
歯垢・歯石の沈着 お口が臭う
乳歯が抜けにくい ご飯が食べにくそう
歯が欠けた・折れた(いつ頃? _____)
歯の治療をしているが治らない
(具体的に _____)
歯が伸びている、餌が食べられない
その他相談など(_____)

●定期的に混合ワクチンを接種していますか？

- はい、毎年している (3・4・5・6・7・8・9種)
時々している いいえ

●狂犬病予防注射は今年度接種していますか？(犬のみ)

- はい いいえ

●ウイルス検査を受けたことはありますか？(猫のみ)

- はい:猫エイズ FIV 陽性・陰性 いいえ
:猫白血病 FeLV 陽性・陰性

●今までに大きな病気やケガをしたことがありますか？

- はい (いつ頃? _____ 年前)
(どんな病気? _____)
いいえ

●ワクチンやお薬で副作用が出たことはありますか？

- はい いいえ

●今現在、服用しているお薬はありますか？

- はい(_____)
いいえ

●ペット保険に加入されていますか？

- はい(会社名: _____) いいえ

ご協力ありがとうございました。 牧の原どうぶつ病院