



犬の初診質問票

西暦 年 月 日

No. _____

飼い主名	フリガナ	ご職業	主に来院する方 家族数 人（ご自身を含めて）
住所	〒		
電話番号	自宅 () —	勤務先（会社名） () —	
	携帯電話（お名前） —	携帯電話（お名前） —	

名前	フリガナ	種類	性別	オス・メス・去勢済・不妊済 (手術年月日 年 月 日)
色	生年月日	年月日	飼育開始年月日	年月日

1. 今回来院された目的の皮膚がんについて教えてください。

どこが悪そうですか：

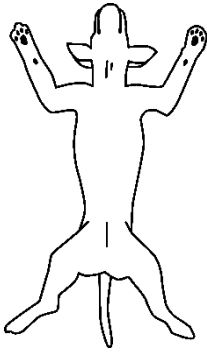
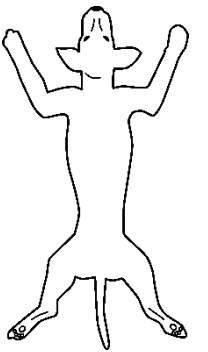
いつからですか：

どんな症状ですか：

Class は？ (1 ・ 2 ・ 3)

食欲 (+ / - / ムラがある)

元気 (+ / - / ムラがある)

2. この症状で治療は受けていますか？

いいえ

はい

診断名 _____

内服薬中の薬やサプリメント：

検査：

ご持参して下さっている場合は、記載不要です。受付にご提出ください。

3. そのほか、一般状態で気になることや既往病はありますか？

どこが悪そうですか：

いつからですか：

どんな症状ですか：

4. 今まで病気や事故、その他ケガをしたことがありますか？

- はい
- いいえ

いつごろですか：
どんな病気やケガですか：
どちらの病院を受診しましたか：
以前の検査結果等をお持ちですか（ はい ・ いいえ ）
治療はいつ終了していますか（ 年 月頃 ）

5. ご希望の来院日はありますか？

6. 当院をどのようにして知りましたか？（複数回答可）

- ホームページ
- Instagram
- YouTube
- インターネット
- 広告
- 看板
- 紹介—紹介者（ ）
- 以前から知っていた
- 病院の前を通る
- その他（ ）

7. 動物の皮膚がんサポートセンターでは、論文および SNS 等での写真の使用をお願いしております。

- 許可する
- 許可しない

8. ワクチンは接種していますか？

- はい
- いいえ

ジステンパーの混合ワクチン（ 年 月 日）
 狂犬病予防注射（ 年 月 日）

9. フィラリアの予防をしていますか？

- はい
- いいえ

薬品名： （最終予防日： 年 月 日）

10. ノミ・ダニの予防をしていますか？

- はい（最終予防日： 年 月 日）
- いいえ

11. わんちゃんがいつも暮らしている場所は？

- 室内
- おもに室内（外出自由）
- 室内のケージ
- 室外
- その他（ ）

12. 他に動物を飼っていますか？

- はい
- いいえ

種類は：

13. いつも何を食べさせていますか？

- ドッグフード ドライフード
- ドッグフード 缶詰・パウチタイプ
- 人の食べ物
- その他

メーカー・商品名：

メーカー・商品名：

具体的に教えてください

14. 他に、何か知っておいてもらいたいことやご希望がございましたらご記入ください。