かなざわ動物総合医療センター
KANAZAWA ANIMAL MEDICAL CENTER

ご家族様問診票

●ご家族（飼い主）様のお名前：　＊ふりがなもお書き添えください

●ご住所：　〒

●電話番号　：（　　ー　　）　●FAX番号：（　　ー　　）
●緊急連絡先：（　　ー　　）

●ペットのお名前：
●品種　●年齢：　　才（　　年　　月　　日生まれ）
●性別：オス・去勢済みオス・メス・避妊済みメス　（去勢・避妊手術日　　年　　月　　日）

以下のご質問にわかる範囲でお答え下さい。　＊該当する□にチェックを入れて下さい
●今回の来院理由、現在の主な症状はなんですか？　またそれはいつからですか？
来院理由：　主な症状：　いつ頃から：

●入手方法：　□ペットショップ　□ブリーダー　□自宅で生まれた　□保護　□その他（　　）

●予防・ワクチンについて
狂犬病ワクチン　□している　□していない
混合ワクチン　□している　（　　）種混合　（最終接種日　　年　　月　　日）□していない
フィラリア予防　□している　□していない

●薬・注射・食事に対するアレルギーや異常所見を認めたことはありますか？　□はい　□いいえ
具体的に：

●同居する動物はいますか？　□はい　犬（　　）頭、猫（　　）頭、その他（　　）　□いいえ

●どこで生活していますか？　□屋内　□屋外　□両方　□その他（　　）

●食事についてお聞かせください　＊複数回答可
□ドライフード　□缶詰　□手作り　□おやつ　□その他（　　）
＊フードのメーカー・品名や手作り色の内容など、なるべく詳細に書いて下さい

●今まで病気になったこと（既往歴）はありますか？　□はい　□いいえ
病名：　いつ頃：

●その他気になることはありますか？

●診療にあたって得られた診療情報、検査結果や検査材料を、獣医学の発展（医療技術の向上や教育、研究）のために学術利用（例：学会発表、教育講演、学術雑誌、学術論文、研究など）することがあります。なおこれに関し、ご家族様の個人情報が公開されることはありません。ご理解・ご同意いただける場合にはこちらの署名欄にご署名ください。なお、非同意による診療上の不利益は一切ございません。

日付　　署名