

福岡中央動物病院 問診票・アンケート

このアンケートは今後の診療・サービス向上のための参考にさせていただきます。

初診の方は、住所・電話番号など含め詳細を記入お願いいたします。



1) 飼い主様について

フリガナ			ご住所	〒	
お名前					
電話番号			携帯電話		
ご職業			小さなお子様の有無	有 ()歳, ()人・無	
性別	男性 ・ 女性				
ご年齢	10代 ・ 20代 ・ 30代 ・ 40代 ・ 50代 ・ 60代以上				
交通手段	自家用車・タクシー・公共交通機関・自転車・徒歩・その他 ()				

2) 本日受診されたワンちゃん・ネコちゃんについて

お名前			動物種	犬・猫	品種		
生年月日	年	月	日	性別	オス・メス・去勢オス・避妊メス		
ご年齢	()歳	()か月	同居動物	いない・いる⇒ ()			
生活環境	室内・室外・両方・その他 ()						
食事内容	ドライ・缶詰・手作り食・治療食 (メーカー/商品名:)						
予防関係	<input type="checkbox"/> 種混合ワクチン		最終接種 (年 月)				
	<input type="checkbox"/> 狂犬病ワクチン		最終接種 (年 月)				
	<input type="checkbox"/> エイズ	<input type="checkbox"/> 白血病	最終接種 (年 月)				
	<input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> わからない						
フィラリア	投薬済 (薬の種類:)		最後月: 月		未投薬・不明		
ノミ	投薬済 (薬の種類:)		最後月: 月		未投薬・不明		
マイクロチップ	あり ・ なし ・ 不明						
現在治療中・服用中の薬はありますか?	いいえ・はい⇒ ()						
薬やワクチンでアレルギーを起こしたことはありますか?	いいえ・はい⇒ ()						

3) 今回のご来院の目的 (該当箇所○) ※初診・セカンドオピニオンの方は症状の記入をお願いします。

A: 以前よりご通院	D: セカンドオピニオン (他院で診察を受けたご病気の診察)
B: ワクチン・フィラリア	E: その他 ()
C: 健康診断・相談	
詳しい症状⇒	

4) どのように当院をお知りになりましたか? (該当箇所○)

A: インターネット	D: お知り合いのご紹介 (紹介者⇒ 様)
B: 電話帳	E: 口コミサイト
C: 自宅から近い	F: その他 ()

5)診察におけるご希望をお聞かせください（該当箇所に○,複数回答可）

- A:なるべく少ない数院回数・短い診察時間で治療をしていきたい。
- B:病気の治療だけでなく、健康チェックや病気の予防に関する説明もしてほしい。
- C:できる限り、最先端の治療を行いたい。
- D:本人の寿命を受け入れつつ、なるべく負担のかからないようにしてあげたい。
- E:最低限の検査・治療にしてほしい。
- F:その他（

)

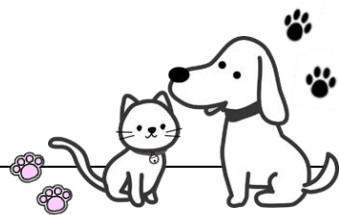
6)本日来院の目的以外に、ご関心のある内容をお聞かせください（該当箇所に○,複数回答可）

- A:避妊去勢
- B:健康診断
- C:デンタルケア
- D:お食事（ダイエット,アレルギー,おやつ）
- E:高齢期ケア
- F:スキンケア
- G:その他（

)

7)上記6)の内容について、いつ説明を受けたいとお考えですか？（該当箇所に○）

- A:本日合わせて
- B:現在の病気の治療後
- C:また日を改めて
- D:次回予約時



8)当院の印象をお聞かせください（該当箇所に○,複数回答可）

- A:院内の雰囲気が良い
- B:院内が清潔である
- C:獣医師・看護師に信頼がおける
- D:治療費が良心的である
- E:病気や治療に関する説明が丁寧である
- F:サービスが充実している
- G:その他（

)

9)当院の診療・サービス向上のため、ご意見・ご要望があればお聞かせください



福岡中央動物病院
Fukuoka Central Animal Hospital