

初診問診票



飼い主様情報

ふりがな _____ 〒 _____
お名前 _____ ご住所 _____

電話番号 _____ 緊急のご連絡先 _____

Email: _____ ※予防時期などのお知らせメールを受け取りますか?
□はい □いいえ

ペットの情報

お名前 _____ 品種 _____ 毛色 _____

性別 オス メス 不妊手術 未 済み(_____ 才頃)

誕生日 西暦: _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 歳) マイクロチップ (有 無)

予防(1年以内) 狂犬病(最終接種日: 西暦 _____ 年 _____ 月頃)
混合ワクチン(最終接種日: _____ 年 _____ 月頃・ _____ 種)
フィラリア(錠剤、チュアブル、注射)
ノミ、マダニ(食べるタイプ、スポットタイプ)

飼育している場所 常に室内 室内室外半々 常に屋外 その他(_____)

同居している動物 いる(種類: _____)、(_____ 頭) いない

ごはん ドライ ウェット 手作り食 その他

本日の来院理由

診察 健診 予防(狂犬病、混合ワクチン、フィラリア、ノミマダニ、その他)

診察とお答えの方はご記入ください

どうされましたか?できるだけ具体的にご記入ください。(例:3日前から食欲がなく元気もない。)

病気やケガで病院にかかったことはありますか?また、現在治療中の病気・ケガはありますか?

ない ある(_____)

今までに薬や注射で具合が悪くなった事がありますか?

ない ある(薬品名: _____)

当院をどのように知りましたか?

ホームページ Facebook instagram 友人、知人からの紹介(_____)

トリミングをご検討の方へ

愛犬ちゃんのお写真を当院のSNSに投稿してもよろしいですか? はい いいえ

※保険証をお持ちの方は、初診問診票と一緒にご提出お願いします