

# 初診問診票

● 飼い主様についてお伺いします

フリガナ			自宅電話番号		
飼い主様氏名					携帯番号
住所	〒		職業		

● お連れのペットについてお伺いします

お名前			動物種	<input type="checkbox"/> 犬 <input type="checkbox"/> 猫 <input type="checkbox"/> 鳥 <input type="checkbox"/> ウサギ <input type="checkbox"/> ハムスター <input type="checkbox"/> フェレット <input type="checkbox"/> その他 ( )		
生年月日	年	月	日	品種		
性別	<input type="checkbox"/> 男の子 <input type="checkbox"/> 女の方		毛色			
避妊・去勢	<input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> している		性格	<input type="checkbox"/> おとなしい <input type="checkbox"/> こわがり <input type="checkbox"/> 気が強い <input type="checkbox"/> その他( )		
マイクロチップ	<input type="checkbox"/> 装着していない <input type="checkbox"/> 装着している → ID番号(15桁)					
動物保険	<input type="checkbox"/> 加入していない <input type="checkbox"/> 加入している → 保険会社名( )					

● いつから飼われていますか? \_\_\_\_\_ 年 月 日

● 入手方法を教えてください  
ペットショップ ブリーダー 譲渡 拾った その他( )

● どこで飼われていますか?  
完全室内 室外 その他( )

● フードの種類を教えてください  
ドライフード ウェットフード その他( )

● 混合ワクチンは受けられていますか?  
いいえ はい → 一番最近の接種日 ( 年 月 日頃 種混合 )

● 狂犬病予防接種は受けられていますか?  
いいえ はい → 一番最近の接種日 ( 年 月 日頃 )

● フィラリア予防はされていますか?  
いいえ はい → 一番最近の投薬日 ( 年 月 日頃 )

● 現在治療はされていますか?  
いいえ はい → ( )

● 過去に大きな手術や治療を受けられたことはありますか?  
いいえ はい → ( )

● 薬や注射でアレルギーが出たことはありますか?  
いいえ はい → ( )

● 他に動物は飼われていますか?  
いいえ はい → ( )

● 当院をどのようにお知りになりましたか?  
他の動物で受診したことがある 当院ホームページ・インターネット 通りがかり  
紹介 ( 様 様 ちゃん ) その他( )

● 本日はどうされましたか?ご希望などあれば参考にさせていただきますのでご記入ください

● 治療について  
費用を相談しながら進めたい できるだけ費用がかからないようにしたい



ご記入ありがとうございました お手数ですが受付までお持ちください

