

初診問診票

お分かりになる範囲で構いませんので、ご記入をお願いします

ふりがな			
飼い主様のお名前		職業	
住所	(〒 -)		
電話番号		携帯番号	
動物の名前		性別	男の子 ・ 女の子
動物種	犬 ・ 猫 ・ ウサギ ・ フェレット ・ 鳥 ・ その他 ()		
品種		色	
生年月日	平成 ・ 令和 ・ 西暦	年	月 日 生まれ ・ 頃 (才)
避妊 ・ 去勢手術	している (才ごろ) ・ していない		

■フィラリア予防は？

している ・ していない ・ 時々している

■ノミ予防？

している ・ していない ・ 時々している

■混合ワクチンは？

している (最終接種日 年 月 日ごろ)
していない ・ した事がある

■狂犬病ワクチンは

している (最終接種日 年 月 日ごろ)
していない ・ した事がある

■同居動物は？

いる () ・ いない

■今までに大きな病気やケガをされたことは？

ある () ・ ない

■現在予防薬以外に使っているお薬は？

ある () ・ ない

■動物保険に加入されていますか？

はい (アニコム ・ アイペット ・ その他)
いいえ

■当院はどのようにお知りになりましたか？

インターネット ・ ホームページ ・ 看板
電話帳 ・ 雑誌 ・ 通りがかり
ご紹介 (様) ・ その他 ()

■本日はどうされましたか？

・ 具合が悪い

・ 予防 (フィラリア ・ ノミ ・ 混合ワクチン ・ 狂犬病)
・ 避妊、去勢手術のご相談
・ 健康診断 ・ その他 ()

■その他に気になることがあればお書きください
例：食欲にムラがある、嘔吐する、皮膚を痒がる等

■当院以外にかかりつけ動物病院はありますか？
ない ・ ある (かかりつけ 病院)

■質問やご意見があればご自由にお書きください

ご記入ありがとうございました

