

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		
メールアドレス	@	健診結果のメールでの送信を希望する <input type="checkbox"/>	

動物の名前	性別	男の子 ・ 女の子	
動物種	犬 ・ 猫 ・ 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
- 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
- 当院以外によく受診する動物病院はありますか？
 ない ・ ある (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