

初診問診票 ご記入をお願いします ご不明な点はスタッフまでお尋ねください

飼主名	ふりがな	電話番号	()
		携帯電話	()
住所	〒 -		
	マンション名	号室	

ペット名	ふりがな	生年月日	西暦	年	月	日
	ちゃん		現在の年齢		歳	
動物種	犬・猫・うさぎ・その他 ()	品種		毛色		
性別	オス・メス・去勢オス・避妊メス	マイクロチップ		有・無		

①本日の来院理由を簡単にご記入ください（症状や現在気になっている事、相談したい事等）

②今まで大きな病気や手術歴などがありますか？ はい ・ いいえ
 （内容をご記入ください）

③現在治療中の病気やケガ、使用中のお薬などがありますか？ はい ・ いいえ
 傷病名： お薬：あり・なし

④混合ワクチンの接種を受けていますか？ 毎年・たまに・いいえ・わからない
 種類：3種・5種・6種・7種・8種・白血病・エイズ・その他 最終接種： 年 月 日

⑤狂犬病予防接種を受けていますか？ 毎年・たまに・いいえ・わからない
 ※わんちゃんまたは海外渡航歴のあるねこちゃんのみご記入ください 最終接種日： 年 月 日

⑥他に予防されているものがありますか？ はい・いいえ・わからない
 フィラリア ・ノミ、マダニ・ 内部寄生虫・その他 ()

⑦普段の飼育環境は？ 室内 (%) ・ 屋外 (%) ・ 出入自由

⑧他に飼育している動物はいますか？ はい ・ いいえ
 種類、頭数等

⑨今まで内服や注射で体調を悪くした事がありますか？ はい ・ いいえ

⑩今まで当院をご利用された事がありますか？（本日も来院の子以外も含む） はい ・ いいえ

⑪動物保険に加入されていますか？ はい・いいえ 保険会社名

⑫当院をどのようにしてお知りになりましたか？ ホームページ ・ 看板 ・ 近所
 紹介 () ・ その他 ()

病院記入欄：受付日 () カルテ No. ()

PC カード 名簿