

年





月

日

初診問診表

Dr.

No.

ふりがな	
飼い主名	様
住所：〒	
自宅 TEL	携帯
動物名	ちゃん 犬・猫・うさぎ・フェレット・鳥 ハムスター・その他（ ）
種類	毛色
生年月日	年 月 日 (不明の場合… 約 才)
性別	♂ / ♀ ・ ・ ・ 不妊・去勢手術はしていますか？ (はい/いいえ) 才頃
飼育環境	室内 室外 両方
他に同居している動物はいますか？	
<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>  その他（ ）	

本日の来院理由

 具合が悪い ワクチンなどの予防 その他

 具体的にご記入下さい

◎今回の症状で他の病院にかかられましたか？ ・ ・ ・ ・ ・ はい / いいえ

 「はい」と答えた方、ご記入ください (行った検査など)

◎現在、治療の為に特別な薬を与えていますか？ ・ ・ ・ ・ ・ はい / いいえ

 「はい」と答えた方、具体的にご記入ください

※お手数ですが裏面もご記入ください

◎いままでに大きなケガや病気をしたことがありますか？..... はい / いいえ

「はい」と答えた方、ご記入ください

◎過去にワクチン等の注射や薬などで具合が悪くなった事がありますか？..... はい / いいえ

「はい」と答えた方、どのような症状かご記入ください

◎狂犬病予防注射はしていますか？... はい / いいえ (最終接種日 年 月 日)

◎ワクチン接種はしていますか？... はい / いいえ (最終接種日 年 月 日 種混合)

◎フィラリア予防はしていますか？... はい / いいえ (年 月 ~ 月 まで)

◎ノミ・ダニ予防はしていますか？... はい / いいえ (年 月 ~ 月 まで)

◎普段のフードはどんなタイプを与えていますか？

主食	おやつ	その他(ヒトの食事など)
【タイプ】 <input type="checkbox"/> ドライ <input type="checkbox"/> 半生 <input type="checkbox"/> ウェット 【銘柄】 【回数と量】 朝・昼・晩 1日 _____ カップ・缶・g	内容： 1日 _____ 回 個・g	

◎動物保険に加入されていますか？..... はい / いいえ 保険会社名[]

◎何で当院を知りましたか？

ネット検索	<input type="checkbox"/> 当院ホームページ <input type="checkbox"/> Caloo ペット <input type="checkbox"/> その他 ()
紹介	<input type="checkbox"/> 知人 <input type="checkbox"/> 他院 <input type="checkbox"/> ペティア <input type="checkbox"/> リトルタウン <input type="checkbox"/> その他 紹介者のお名前・名称 ()
その他	<input type="checkbox"/> 通りがかり <input type="checkbox"/> 広告・チラシ <input type="checkbox"/> 電話帳 <input type="checkbox"/> その他 ()

☆ご記入ありがとうございました☆

保険証をお持ちの方は、初診問診表と一緒に受付へご提出お願いします

※個人情報、飼い主様への医療の提供をするため以外では取り扱いいたしません。

個人情報は不適切な手段により取得いたしません。個人データは漏洩や盗難などから防止するように管理し、個人情報を守ります。