

問 診 表

No, _____

飼い主様のお名前	フリガナ _____	ご住所	〒 _____	
電話番号	市外局番 (_____)	携帯電話	_____ - _____	
	_____ - _____		加入保険会社 _____	
生年月日	西暦 年 月 日		飼育開始時期	西暦 年 月 日
ペットのお名前	動物種	品種	毛色	性別 (○印)
	犬 ・ 猫 その他 (_____)			オス ・ オス去勢済 メス ・ メス避妊済

■ 本日のご来院は？

1, 具合が悪そうだから

いつから _____

どこが悪そうですか？ _____

どんな症状ですか？ _____

2, 健康チェック・相談 3, ワクチン 4, その他

■ 入手方法は？

1, 買った ショップ名 (_____) 2, もらった 3, 自宅で生まれた
4, 拾った 5, いつの間にか住み着いた

■ ワクチン接種はしていますか？

〈混合ワクチン〉

1, はい (_____ 年 月 日頃 種混合)
2, いいえ
3, わからない

〈狂犬病予防接種〉

1, はい (_____ 年 月 日頃) 2, いいえ 3, わからない

■ フィラリア予防はしていますか？

1, はい
→最終予防日 _____ 年 月 日
2, いいえ

■ いつもの食事は？

1, ドライフード → (メーカーまたは商品名 _____)
2, 缶詰 → (メーカーまたは商品名 _____)
3, 人の食べ物 (具体的に) _____
4, その他・おやつ等 (具体的に) _____

■ 今までに病気や手術を受けたり、交通事故やけがをしたことはありますか？

1, はい → (具体的に) _____
2, いいえ

■ 今までに注射や飲み薬などで異常が出た事がありますか？

1, はい → (具体的に) _____
2, いいえ

■ 当院をどのようにしてお知りになりましたか？

1, 看板 2, インターネット 3, ペットショップ 店名 (_____)
4, 紹介 _____ 様 ちゃん 5, その他 _____

同居のペットのついて

お名前	種別	品種	性別	生年月日
	犬 ・ 猫 ・ (_____)		オス・メス	年 月 日
	犬 ・ 猫 ・ (_____)		オス・メス	年 月 日

