

初診問診票

分かる範囲で結構ですので、可愛いねこちゃんに代わってお答えください



____年 月 日

ふりがな

◎飼主名 _____様

◎住所 〒 _____

◎電話 _____ ◎携帯電話 _____

◎ご職業 _____

◎動物名(呼び名)

ふりがな

_____ちゃん

◎品種 _____ ◎毛色 _____

◎生年月日

_____年 月 日 (※不明な場合 約 歳)

◎性別 _____オス・メス ◎避妊・去勢手術 _____済(_____歳ごろ)・未・不明

◎お迎えした経緯

ショップで購入 譲り受けた 自宅で生まれた 拾った

◎生活環境

室内のみ 室外のみ 両方 ノラ

◎同居動物

無し 有り (_____頭)(動物種: _____)

◎ペット保険に加入されていますか？

はい・いいえ 保険会社名: _____

※「はい」とお答えで保険証をお持ちの方は、問診票とともに保険証を受付へご提出ください。

★お手数ですが裏面もご記入お願いします★

◎本日はどうされましたか？

1. 予防（混合ワクチン・ノミダニ予防など）
2. 健康診断
3. 診察

具体的な症状をご記入ください

4. 手術
5. ペットホテル

◎混合ワクチンはしていますか？

はい(種混合 最終接種日: 年 月 日)・いいえ・不明

◎フィラリア予防はしていますか？

はい(最終予防日: 年 月 日・薬の種類:)・いいえ・不明

◎ノミ・ダニ予防はしていますか？

はい(最終予防日: 年 月 日・薬の種類:)・いいえ・不明

◎過去の大きな病気は手術の経験、もしくは現在、他の病院にて治療中の方へ
当てはまる項目に○をしてください

1. 投薬中である
2. 特別な食事を与えている
3. 注射や薬で具合が悪くなったことがある

具体的な内容をご記入ください

◎何で当院を知りましたか？(○で囲んでください)

通りすがり・ホームページ・新聞などの広告・知人からの紹介(_____ 様)・その他

★ご記入ありがとうございました★

