

## 問診票



## ■飼い主様の情報

※2 頭目以降省略可能です

ふりがな	〒
お名前	ご住所
電話番号	緊急のご連絡先

## ■ペットの情報

お名前	品種 ( )	毛色 ( )
性別 <input type="checkbox"/> オス <input type="checkbox"/> メス	不妊手術 <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 済 (西暦 年 月頃)	
誕生日 西暦 年 月 日		
保険 <input type="checkbox"/> 未加入 <input type="checkbox"/> 加入済 ( <input type="checkbox"/> アニコム <input type="checkbox"/> アイペット <input type="checkbox"/> その他)		
予防 <input type="checkbox"/> 狂犬病 (最終接種日: 西暦 年 月頃)		
<input type="checkbox"/> 混合ワクチン ( 種、最終接種日: 西暦 年 月頃)		
<input type="checkbox"/> フィラリア <input type="checkbox"/> ノミ・マダニ <input type="checkbox"/> その他 ( )		

【1】どのようにお迎えしましたか？ 購入した (どこで: )もらった 自宅で生まれた 拾った その他

【2】飼育している場所は？

常に室内 ほぼ室内 室内室外半々ほとんど屋外 いつも屋外 その他

【3】同居の動物はいますか？

犬 ( 頭) 猫 ( 頭)その他 ( )

【4】いつも何を食べていますか？

ウェット ドライ人間の食物・その他 ( )【5】本日の来院理由は？ 予防 (狂犬病予防接種 混合ワクチン フィラリア ノミ・ダニ)診察 健診 その他 ( )

【6】「診察」とお答えの方はご記入下さい。

いつ頃からですか

どこが悪そうですか

どんな症状ですか

【7】病気やケガで病院にかかったことはありますか？また、現在治療中の病気・ケガはございますか？

なし あり ( )

【8】薬や注射で具合が悪くなった事がありますか？また、そのお薬名がわかりましたら、ご記入下さい。

なし あり ( )

【9】当院をどのように知りましたか？

ホームページ Facebook 口コミサイト ペットショップ ご紹介 ( ) その他

【10】その他、不安なことや心配なこと、お気づきの点など、ご自由にご記入下さい。

【11】当院からお知らせなどをお送りしてもよろしいですか？ はい いいえ

※当院は、個人情報保護法に基づき、ここに記載された個人情報を適切に管理し、利用目的以外に使用いたしません。