

問診表

■ 飼い主様について

フリガナ お名前	ご住所 〒	TEL
		携帯 TEL
ご職業	当院をどのように知られましたか？ 1. 通りがかりで 2. 看板 3. チラシ 4. フリーペーパー 5. ホームページ 6. ご紹介(紹介者: 様) 7. その他	

■ ペットについて

お名前	動物種(○印) 犬 猫 他()	品種	毛色(体色)
生年月日 20 年 月 日生 (現在 才 カ月)	性別(○印) オス メス	避妊・去勢(○印) 未 済み(年 月頃)	
同居動物の有無 有 無 動物種()	動物病院での様子で該当するもの(○印) 人に慣れていない 怒ってしまう 怖がり		

*本日はどうされましたか？

*ノミ・ダニ、フィラリア予防はしていますか？

はい → ノミダニ最後の予防 (年 月)
 フィラリア最後の予防 (年 月)
 いいえ

*いつも生活している場所は？

- ① 室内のみ ② 室外のみ ③ 室外・室内両方

*大きな病気や事故をしたことがありますか？

はい ()
 いいえ

*普段は何を食べていますか？

- ① 市販のフード(缶詰・ドライフード・おやつ)
 メーカー又は商品名 ()
 ② 人の食べ物をあげる
 (具体的に) _____

*現在治療中の病気はありますか？

はい ()
 いいえ

*薬やフードのアレルギーはありますか？

はい ()
 いいえ

*マイクロチップは入れていますか？

はい → 番号 ()
 いいえ

*混合ワクチンは接種していますか？

最終接種日 年 月 日
 うけたことはない・最近していない

*ペット保険に加入していますか？

はい(会社名:)
 いいえ

*狂犬病ワクチンは接種していますか？

※ワンちゃんのみお答えください
 最終接種日 年 月 日

(鑑札番号: 市・区 第 号)
 うけたことはない・最近していない

ワクチン・フィラリア予防の案内を含めた、
 すべてのハガキの送付を希望されない場合は
 下の枠内にチェック✓をお願いします。

