

問診票

年 月 日

お手数ですが、わかる範囲で構いませんので下記内容にご記入お願い致します。

本日はどうなさいましたか？

ふりがな : _____

飼い主氏名 : _____

ご住所 : _____ マンション名 : _____

電話番号 : _____ 緊急連絡先 : _____

ペット名 : _____ 種別 : 犬 ・ 猫 ・ ウサギ ・ フェレット ・ ハムスター

種類 : _____ 色 : _____

生年月日 : _____ 性別 : オス ・ メス 去勢・避妊 : 未 ・ 済

飼い始め年月日 : _____ 購入先 : _____

同居している動物 : いる (具体的に _____) ・ いない

ワクチン接種 : している (_____ 年 月頃) _____ 種混合 ・ していない

狂犬病接種 : している (_____ 年 月頃) ・ していない

フィラリア予防 : している (_____ 年 月 ~ _____ 月まで) ・ していない

マイクロチップ挿入 : している ・ していない

現在治療中、あるいは、飲んでいる薬はありますか? : ある ・ なし

(具体的に _____)

今まで大きな病気・手術をしたことがありますか? : ある ・ なし

(具体的に _____)

薬、ワクチンなどにアレルギー・ショックをおこしたことがありますか? : ある ・ なし

差し支えなければ、当院を知ったきっかけを教えてください。:

インターネット ・ 電話帳 ・ 広告 ・ 紹介

ご記入ありがとうございました。カルテ作成、診察時の参考にさせていただきます。