

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 (No.) ・ 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

東洋医学治療を薦めても良いですか？ : はい ・ いいえ

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。