問　診　票

【飼い主様情報】

ふりがな お名前		住所	〒		
電話番号		携帯①		携帯②	

当院に発信する可能性がある方の電話番号をなるべく多くお書きください。

緊急時や、診療時間外にお電話をいただいた時、登録されていますとスムーズな対応につながります。

ご職業		当院をどこで知りましたか	□ホームページ　□病院の前をよく通る □ご紹介（お名前：　　）
主にお世話をしている方	□ご本人様　□ご家族（　　）　□その他（　　）		
通院方法	□車　□バイク　□自転車　□徒歩	往診希望する可能性	□あり　□なし

【動物さん情報】

お名前		生年月日	西暦　　年　　月　　日（　　歳）
種類	□犬（犬種：　　）□猫（猫種：　　）□ウサギ（　　） □その他（　　）	毛色・特徴	
性別	□オス（去勢：未・済） □メス（避妊：未・済）	マイクロチップ番号	
性格	□おとなしい　□怖がり　□嫌なことをすると咬む　□怒りやすい　□その他（　　）		
動物病院受診経験	□ある　□ない	受診経験ある場合	□カラーを付けられていた　□その他：
同居し始めた日		出生元	□ショップ（店名：　　）□ブリーダー　□譲渡
飼育場所	□室内　□屋外　□両方	同居している他のペット	□いる（　　） □いない
動物保険に加入されていますか	□はい(会社名：　　) □いいえ	今までに大きな病気やケガはありますか	□はい（病名：　　） □いいえ
狂犬病予防接種	□している　□していない	最終接種日：	
混合ワクチン接種	□している　□していない	最終接種日：	3種・5種・6種・8種・その他
フィラリアの予防	□している　□していない	最終投薬日：	薬品名：
ノミ・ダニの予防	□している　□していない	最終投薬日：	薬品名：

【本日はどうされましたか？】　該当に〇をつけて、余白に詳しくご記入ください。

元気、食欲が無い　　えずく、嘔吐、下痢　　おしっこの異常　　咳き込む、呼吸がおかしい

皮膚が気になる　　耳が痒そう　　眼が赤い　　どこか痛そう　　歩様がおかしい