

初診問診票

フリガナ
★飼い主様 お名前 _____ 様
ご住所 〒 _____

電話番号（ご自宅） _____
（緊急連絡先） _____

★患者様 お名前 _____ ちゃん
種類 _____
生年月日 _____ （ 歳）
性別 ♂ ♀ 去勢済 避妊済

★混合ワクチン歴 最終接種年月日 _____

★狂犬病ワクチン歴 最終接種年月日 _____

★フィラリア予防 している・していない

★ノミダニ予防 している・していない

★ペット保険に加入されていますか？ はい（ _____ 保険）
いいえ

① 今日はどうされましたか？○をつけて下さい。
健康診断・ワクチン・フィラリア・ノミダニ予防
診察（ _____ ）
その他（ _____ ）

② 「診察」を選ばれた方・・・
●その症状はいつからですか？（ _____ 頃から）

●元気・食欲はありますか？ はい・いいえ

●その症状について他院での診断はありますか？ はい・いいえ
（内容 _____ ）

③ 当院をどこでお知りになりましたか？○をつけてください（複数可）。
広告チラシ・インターネット検索・ホームページ（パソコン or スマートフォン）
ダイレクトメール・看板広告・家 or 職場から近い・知人の紹介
他院からの紹介（病院名 _____ ）