

初診問診票

No. _____

ご家族の情報

令和 年 月 日

ふりがな 氏名		住所	〒
電話		携帯	
当院をどのようにお知り になりましたか？	1. 電話帳 4. チラシ 6. その他 ()	2. 通りがかり 5. ご紹介(ご紹介者名:)	3. インターネット ()

動物の情報

名前	種類	品種	毛色
	犬 ・ 猫 その他 ()		
性別	生年月日	飼育状況	同居動物
オス ・ メス 去勢オス・避妊メス	歳 年 月 日	室外 ・ 室内 室内外	いない いる ()

現在の状態

本日はどうされましたか？	
いつから現在の症状がありますか？	同じ症状で他の病院で治療を受けましたか？

今までの予防・病気

混合ワクチンはしていますか？	狂犬病ワクチンはしていますか？
いいえ・はい (種)	いいえ・はい
フィラリア予防はしていますか？	ノミ・ダニ予防はしていますか？
いいえ・はい (月～ 月)	いいえ・はい 薬剤名 ()
今までに病気や怪我をしたことはありますか？	
今までに注射や薬でショックやアレルギー等の異常が見られたことがありますか？	