

初診問診票

☆南松本ペットクリニックへようこそ。言葉の話しえない家族に代わってお答えください☆

●飼い主様について

フリガナ
名前 _____ 様 住所 _____ 御職業 _____

電話番号 _____ 携帯電話 _____ 病院の案内を送る際のメールアドレス _____

来院のきっかけ：電話帳・通りがかり・ホームページ・紹介（ _____ 様）

●ペットについて

フリガナ
名前 _____ ちゃん 犬・猫・その他（ _____ ）品種 _____ 毛色 _____

性別：オス・メス 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 歳

○去勢・避妊手術は受けていますか？ はい・いいえ（いつ頃ですか？ _____ 歳のとき）

○ペット保険へ加入していますか？ はい 保険会社名 _____ ・未加入

○混合ワクチン接種は受けていますか？ はい・いいえ（最終接種日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 種混合）

○狂犬病予防接種は受けていますか？（犬のみ） はい・いいえ（最終接種日 _____ 年 _____ 月 _____ 日）

○フィラリア予防はしていますか？ はい・いいえ（ _____ 月～ _____ 月まで）

○飼育環境についてお教えてください。（○を付けてください。複数可）

・ 室内 ・ 屋外 ・ 同居あり（種類： _____ 頭数： _____ ） ・ その他（ _____ ）

○ご自宅での食餌内容についてお教えてください。（○を付けてください。複数可）

・ ドライフード（メーカー名 _____ ） ・ 缶詰（メーカー名 _____ ）

・ おやつ ・ 手作り食 ・ 人の食べ物 ・ その他（ _____ ）

○今までに大きな病気・怪我・手術をしたことがありますか？

_____ いつ頃 _____

○薬（ワクチンを含む）・フードでアレルギーはありますか？ はい・いいえ _____

●本日の来院理由をご記入ください。

（ _____ ）

☆ありがとうございました。受付スタッフへお渡しください☆