



問 診 票



飼い主様お名前 ふりがな _____

電話番号 _____

ご住所〒 _____

ペット名 _____ ちゃん

性別 オス ・ 去勢オス ・ メス ・ 避妊メス

品種 _____ 毛色 _____

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 歳 _____ ヶ月

・ 本日来院された理由・症状などをお書きください。

・ 現在の症状はいつからですか？

・ フード、お薬などでアレルギーがありましたらご記入ください。

・ 生活環境は？ 室内飼い 外飼い 内外半々 野良

・ ノミダニの予防していますか？ はい いいえ

・ フィラリアの予防をしていますか？ はい いいえ

・ (犬のみ) 1年以内に狂犬病予防を受けましたか？ はい いいえ

・ 1年以内に混合ワクチン接種を受けましたか？ はい(種) いいえ

・ 保険に加入されていますか はい(会社名) いいえ

※保険証をお持ちの方はご提示ください

・ マイクロチップは入っていますか？ はい いいえ

登録変更はお済みですか はい いいえ

※マイクロチップ番号を読み取らせていただきます。

ご記入いただき、ありがとうございました！

