

# 問 診 票

## 飼い主様について

飼い主様のお名前	フリガナ	電話番号	携帯番号
		ご職業	
ご住所 〒			

## ペットについて

動物のお名前	動物種	犬・猫・その他( )	品種	(例：トイプードルなど)
ちゃん	生年月日	年 月 日		
性別	毛色	ペット保険に加入していますか？		
オス・メス・去勢オス・避妊メス		いいえ・はい(会社名 )		
どのようにしておうちへ来ましたか？				
ペットショップ・ブリーダー・拾った・知人から譲渡・保護団体( )から譲渡 一時的に預かっている・盲導犬・その他( )				
飼育環境を教えてください		他に同居している動物はいますか？		
室内のみ・室内と屋外・屋外のみ		いいえ・はい(種類 頭数 )		
食事内容を教えてください				
1日( )回 ドライフード・缶詰・半生・手作り食・その他( ) (銘柄や材料など )(おやつ、副食など )				
予防接種・フィラリア薬・ノミ予防薬等について 投与時期と種類を教えてください				
狂犬病ワクチン(時期 )・混合ワクチン(5・6・7・8・9・10種：時期 ) フィラリア予防(薬剤名 : 月～ 月まで)・ノミダニ予防薬(薬剤名 )				
いままでかかった病気と治療内容(手術・薬など)を教えてください		輸血を受けたことがありますか？		
		いいえ・はい(時期 )		
		注射や薬で体調が悪化したことはありますか？		
		いいえ・はい(時期 )		
本日はどうなさいましたか？				
ワクチンなどの予防をしたい・健康チェックをしたい・爪切り肛門腺しぼりなどのケアをしたい 具合が悪いので診てほしい(以下に症状、気づいた時期、思い当たる原因、治療の有無をご記入ください)				
〔 〕				
当院をどのようにお知りになりましたか？				
看板(電柱・駅・バス)をみて・ご近所・ご紹介・通りがかり・ホームページ・その他( )				

ペットの保険にご加入の方へ (ご確認いただきチェック✓をお願いします)

ご加入のペット保険会社に対する診療情報の開示に同意します