

## 問 診 票

以下の質問について、わかる範囲で結構ですのでご記入をお願いいたします。

## 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 オス・メス・去勢オス・避妊メス	毛色	ペット保険に加入していますか？ 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 室内のみ・室内と屋外・屋外のみ	他に同居している動物はいますか？ 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( )		

ありがとうございました 受付にお渡ししてください

チャムどうぶつ病院