

診察券No. _____

問診票

_____年 月 日

ふりがな					
飼い主様氏名 (owner's name)					
住所 (address)	〒				
電話番号 (tel)	(ご自宅)				
	(携帯)				
ペットのお名前	ちゃん	性別	オス メス	去勢・避妊 の有無	有 (歳頃) なし
生年月日	年	月	日	飼育環境	屋内・屋外・両方
種類	犬・猫・ウサギ その他 ()		品種		毛色

本日のご来院理由 (具体的にお書きください)

- 具合が悪い フィラリア予防 相談
 健康診断 ノミ・ダニ予防 その他
 混合ワクチン接種 狂犬病予防接種

}

※食事は何を与えていますか？ (おやつを含め、具体的にお書きください)

- ドライ 半生 缶詰 その他 ()

※ワクチン注射はしていますか？

- はい いいえ 最終注射日 年 月 日 (種混合ワクチンを接種)

※狂犬病ワクチン注射はしていますか？

- はい いいえ 最終注射日 年 月 日

※フィラリア予防はしていますか？「はい」の場合は、何月から何月まで予防していますか？

- はい いいえ 錠剤・チュアブル・注射・その他 ()
「はい」の場合は、予防期間は… 通年、 月から 月まで

※ノミ・ダニ予防はしていますか？

- はい いいえ 滴下薬・錠剤・首輪・その他 ()

※今まで病気になったことはありますか？

- はい いいえ

病名 () 時期 ()

※現在、服用している薬やサプリメントはありますか？

- はい いいえ 商品名または成分名 ()

※その他、事前に伝えておきたいことはありますか？

- はい いいえ ()

※当院を何でお知りになりましたか？

インターネット (病院HP、口コミサイト、Calooペット) ・通りすがり・チラシ・ご紹介 () 様・口コミ

ご記入ありがとうございました。

東大宮どうぶつ病院