

初診問診表

フリガナ		電話番号	
飼い主様氏名			
住所	〒		
E-mail	@		
ペット名	ちゃん	生年月日	年 月 日(才 カ月)
動物の種類	犬・猫・その他()	性別	オス・メス
品種		毛色	

■来医院の目的

予防接種 不妊手術 その他()

■食餌の内容

犬猫用フード(ドライ・缶詰・半生) 人の食べ物(特に)
1日(回)

■いつもいる場所

室内 屋外 両方

■予防接種

狂犬病 ●最終接種日 年 月 日
 犬3種 犬5種 犬7種 猫3種 猫4種 経験なし 不明
 その他() ●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

■予防薬は

月に1回 毎日 時々

■過去に病気はしていますか

あり(いつ頃、どんな)
 なし 不明

■過去に手術はしていますか

あり(いつ頃、どんな)
 なし 不明

■過去に輸血はしていますか

あり(いつ頃、どこで)
 なし 不明

■当院のホームページ及びSNSにペットの写真を掲載

可 不可