

初診問診表

飼い主さまについて

フリガナ 氏名 〒 住所 ご職業
(差しかえなければご記入をお願いします。)

電話番号 携帯番号

来院のきっかけ：電話帳・通りがかり・ホームページ・ご紹介（ 様）

ペットについて

フリガナ 名前 犬・猫 品種 毛色

性別：雄・雌 生年月日 年 月 日

- 去勢・避妊手術は受けていますか？ はい・いいえ（いつごろですか？ 歳の時）
- 混合ワクチン接種は受けていますか？ はい・いいえ（最終接種日 年 月 日 種混合）
- 狂犬病予防接種は受けていますか？（犬のみ） はい・いいえ（最終接種日 年 月 日 種混合）
- フィラリア予防はしていますか？ はい・いいえ（月～月まで メーカー名_____）

入手方法について

○を付けてご回答ください。

*ペットショップ *ブリーダー *もらった *拾った *飼い始めた時期（ 年 月頃）

飼育環境について

○を付けてご回答ください。複数回答可。

*室内 *屋外 *同居あり（種類： 頭数： ） *その他（ ）

ご自宅での食餌について

○を付けてご回答ください。複数回答可。

*ドライフード（メーカー名 ） *缶詰（メーカー名 ）
*おやつ *手作り食 *人の食べ物 *その他（ ）

現在治療中、または今までに大きな病気や怪我・手術をしたことはありますか？

いつ頃

薬（ワクチンを含む）・フードのアレルギーはありますか？

はい・いいえ _____

本日の来院理由をご記入ください。

ありがとうございました。受付スタッフへお渡ししてください。