

初診問診票

ご記入日 年 月 日

ふりがな	
飼い主様お名前	様
ご住所	(〒 一)
お電話番号	
携帯電話番号 等	
当院を どのようにして 知りましたか?	通りかかり・ご近所・ホームページ・広告等 ご紹介、人から聞いた(どなたから : 様) その他()

◆言葉が話せないペットちゃんに代わってご記入をお願い致します◆

本日の来院目的 (どういたしましたか?)

具合が悪そう・ワクチン接種・フィラリア予防・狂犬病予防注射・健康診断・避妊/去勢希望
その他 ※症状、内容などを下記へご記入ください **※ゲリ・おう吐があれば、すぐお知らせください**

動物のお名前	ちゃん		
種類 例) Mダックス、 チワ、柴のMIX等	犬(MIX・他)	うさぎ	ハムスター
	猫(MIX・他)	その他()	
毛色/模様	白・黒・茶・他 (例: シロ、レッド等)		
性別	男の子・女の子・わからない		
生年月日	西暦	年	月 日 (歳) • 不明
ペットちゃんと 出会いと時期	購入した(ショップ・ブリーダー) 知人から	自宅で生まれた 拾った 住み着いた	いつから(年 月)
避妊去勢	している • していない • わからない		
フード	ドライ・ウエット/缶 (商品名) • 手作り		
生活場所	屋内(完全室内・外出自由) • 屋外 • 物置/倉庫など		
混合ワクチン	()種混合ワクチン(いつ 年 月) • していない・今回初めて		
※狂犬病ワクチン	※ワンちゃんのみ 毎年している・していない・今回初めて		
フィラリア予防	※主にワンちゃん 每年している・していない・今回初めて		
ノミ・ダニ予防	している・していない・時々・今回初めて		
過去の病気・ケガ	ない・ある→ いつ頃(年 月) どのような()		
アレルギー	ない・ある→ 飲み薬・注射・フード・他 どのような()		
ペット保険の有無	加入していない • している(アニコム・アイペット・その他)		

ありがとうございました

テンダーペットクリニック