

問診票

カルテ ID _____

受付日 _____

飼い主 氏名	フリガナ	電話番号	自宅			
			携帯			
住所	フリガナ 〒		緊急連絡先			
			ご職業			
ペット名		生年月日	西暦	年	月	日 (満 歳)
動物種	犬・猫・その他 ()	品種				
性別	オス ・ メス	不妊手術	している ・ していない			
		不妊手術時期	年	月	日 (歳頃)	

ペット保険への加入	有 (会社名: _____) ・ 無
-----------	--------------------

本日の受診理由 _____

現在はどのような症状ですか？ _____

いつからですか？ _____

かかりつけ動物病院 _____

担当医 _____

入手方法 _____ ペットショップ ・ ブリーダー ・ 自宅で生まれた ・ 保護 ・ その他 ()

飼育開始日 _____ 年 月 日 同居動物 犬 () 頭・猫 () 頭・その他 () ・ なし

飼育環境 _____ 室内 ・ 室外 ・ 両方 散歩 _____ 1日 () 回 () 分

食事 _____ ドライフード ・ 缶詰 ・ 手作り ・ おやつ 食事回数 _____ 1日 () 回

メーカー・商品名・内容など _____

既往歴(今までにかかった病気) _____ 病名・症状 _____ 時期 _____

薬・注射・食事に対するアレルギーや異常 _____

狂犬病ワクチン _____ している _____ ・ していない _____

混合ワクチン _____ している (種混合 最終接種日 _____ 年 月 日) _____ ・ していない _____

フィラリア予防 _____ している (錠剤 ・ おやつタイプ ・ 塗布剤 ・ 注射) _____ ・ していない _____

マイクロチップ _____ 有 (ID 番号: _____) _____ ・ 無 _____

