

年 月 日 **初診問診表** Dr. No.

ふりがな	
飼い主名	様
自宅 TEL	携帯
住所：〒 _____	
ふりがな	犬・猫・うさぎ・フェレット・鳥
動物名	ちゃん ハムスター・その他 ()
アニコム保険加入	有 / 無
種類	毛色
生年月日	西暦 年 月 日 (不明の場合… 約 才)
性別	男 / 女
不妊手術はしていますか？	はい (才頃) / いいえ
他に同居している動物はいますか？ ()	
また、当院に受診したことがある動物はいますか？ はい / いいえ	

本日の来院理由

具体的にご記入下さい

◎予防についてお聞きます。

- ・狂犬病予防注射 (最終接種日 年 月 日)
- ・ワクチン接種 (最終接種日 年 月 日 種混合)
- ・フィラリア予防 (最終予防月 年 月)
- ・ノミ・ダニ予防 (最終予防月 年 月)

◎注射や薬などで具合が悪くなったことはありますか？… はい () / いいえ

◎いままでに大きなケガや病気をしたことがありますか？… はい () / いいえ

◎現在、治療の為に薬を与えていますか？…………… はい () / いいえ

◎何で当院を知りましたか？

ネット検索	<input type="checkbox"/> 当院ホームページ <input type="checkbox"/> Caloo ペット <input type="checkbox"/> キャットフレンドリークリニック
紹介	<input type="checkbox"/> 知人(様) <input type="checkbox"/> 他院() <input type="checkbox"/> ペティア <input type="checkbox"/> マルワン
その他	<input type="checkbox"/> 通りがかり <input type="checkbox"/> 広告・チラシ <input type="checkbox"/> LINE <input type="checkbox"/> Instagram <input type="checkbox"/> その他()

☆ご記入ありがとうございました☆

*** 保険証をお持ちの方は、初診問診表と一緒に受付へご提出お願いします ***

※個人情報、飼主様への医療の提供をするため以外では取り扱いいたしません。

個人情報は不適切な手段により取得いたしません。個人データは漏洩や盗難などから防止するように管理し、個人情報を守ります。