

■ペットの情報

お名前 _____ 犬 猫 品種 (_____) 毛色 (_____)性別 オス メス 不明 不妊手術 未 済 (西暦 年 月頃) 不明誕生日 西暦 年 月 日 不明予防 狂犬病 (最終接種: 西暦 年 月頃)混合ワクチン (種、最終接種: 西暦 年 月頃)フィラリア (薬名: _____ 最終投与: 月)ノミ、マダニ (薬名: _____ 最終投与: 月)○どのようにお迎えしましたか? 購入 (どこから: _____) 拾った
お家に来た日 _____ 譲渡 (どこから: _____) その他 (_____)○飼育している場所は? 室内 屋外 室内屋外半々 その他 (_____)○同居の動物はいますか? 犬 (頭) 猫 (頭) その他 (_____)○何を食べていますか? ドライフード (_____) 半生フード (_____)ウエットフード (_____) おやつ (_____)手作り (_____)

○本日はどうされましたか?

予防 (狂犬病予防接種 混合ワクチン フィラリア ノミ、マダニ)診察 健康診断 その他 (_____)

○「診察」とお答えの方

どのような症状ですか? _____

いつ頃からですか? _____

これまでに治療を受けていますか? _____

○病気やケガで病院にかかったことはありますか?

なし あり (_____)

○現在治療中の病気やケガはありますか? また、飲んでいるお薬はありますか?

なし あり (_____)

○薬や注射で具合が悪くなったことはありますか?

なし あり (薬名: _____ 症状: _____)

○他の病院を受診したことはありますか?

なし あり (病院名: _____)

○ペット保険に加入していますか?

なしあり → 保険会社からの問い合わせがあった際、治療内容をお伝えしてもよろしいですか?はい いいえ○当院からのお知らせなどをお送りしてもよろしいですか? はい いいえ

○当院をどのように知りましたか?

ホ-ムページ 看板 近所 以前かかっていた ご紹介 (_____ 様 _____ ちゃん) その他

ありがとうございました。

他院での検査結果、検査用の便や尿などございましたら、問診票と一緒にお渡してください。