



初診 問診票

20 年 月 日

フガナ
飼主氏名 _____
〒 _____
住所 _____
電話（自宅）（ ） _____
携帯電話 _____
メールアドレス _____
ご職業 _____
ご家族：大人 名・高校生以下 名
犬 頭・猫 頭・その他 頭

名前 ちゃん
おうちでの呼び名 _____
種類 犬・猫・小動物（ ） _____
品種 _____
毛色 _____
性別 オス メス 去勢オス 避妊メス
生年月日 年 月 日 ころ
登録（鑑札）番号 ※犬のみ _____
最終の狂犬病ワクチン接種 20 年 月 日
マイクロチップ[®] 有 No. 無

●入手方法は？		買った（ 年 月 日） （店・ブリーダー名： 都道府県： ） もらった ・ 保護した ・ 迷い込んできた	
●受診理由 をご記入く ださい。	症状は？	<input type="checkbox"/> ワクチン接種	
	いつから？ 体の部位は？	<input type="checkbox"/> 予防薬関連 <input type="checkbox"/> 健康チェック	
●現在の食餌とおやつは？		※ 商品名も書いてください	
●今までの病歴は？		年 月 ころ（病名： ）	年 月 ころ（病名： ）
●注射・薬のアレルギーは？		ある（薬の名前： ） ない 症状：	
●混合ワクチンは接種しましたか？		はい いいえ （ 年 月 ころ・ワクチン名 ） ※ 直近の2回分を書いてください（ 年 月 ころ・ワクチン名 ）	
●フィラリア予防はしてますか？		はい（薬の名前： ） いいえ	
●犬フィラリア予防はしてますか？		はい（薬の名前： ） いいえ	
●生活環境は？		室内(散歩に出る)・室内(散歩に出ない)・室外	
●どのようにして当院を お知りになりましたか？		通りがかり・看板広告・インターネット・ご紹介 ご紹介者名（ ）	
● 当院へのご要望があれば お書きください			

※ ご記入ありがとうございます。カルテを作成いたします。受付へお出してください。