

問診票

MEDICAL INTERVIEW SHEET

フリガナ

住所: (〒)

飼い主名

様 TEL: (自宅)

(連絡先)

品種: (おす/めす)

年

月

日生

ペット名

(犬/猫/その他) 毛色:

①本日のご来院目的

予防 (狂犬病予防注射・混合ワクチン・ノミ予防・フィラリア予防・その他)

診察 (いつから、どんな症状?)

※それは他院で治療されていませんか?

はい (病院名・内容など) ・ いいえ

②ペット保険に加入されていますか?

はい (アイペット・アニコム・その他) ・ いいえ

③不妊・去勢手術はお済みですか?

はい・いいえ・検討中

④今までの病歴について

あり (いつ頃・どんな?) ・ なし・わからない

⑤手術歴はありますか?

あり (いつ頃・どんな?) ・ なし・わからない

⑥一年以内に予防はお済みですか?

狂犬病予防注射・混合ワクチン (種) ・ その他 ()

ノミ予防 (月~ 月) 錠剤・おやつタイプ・滴下剤・注射

フィラリア予防 (月~ 月) 錠剤・おやつタイプ・滴下剤・注射

その他 ()

⑦いつから飼育していますか? また、どこで入手しましたか?

年 月から (入手先:)

⑧食事内容について

1日 回 ドライ・半生・缶詰め (商品名:)

⑨他に動物を飼っていますか?

犬・猫・うさぎ・フェレット・その他 () ・ いない

⑩当院を何でお知りになりましたか?

ご家族・知人 (お名前:) ・ インターネット・看板

その他 ()

ご記入いただき、誠にありがとうございました。



ぐう動物病院