



新患問診票 [犬用]

年 月 日

● 飼い主様のお名前：※ふりがなもお書き添えください

● ご住所：〒

● ご自宅電話番号：() —

● 緊急連絡先：() —

● 勤務先：

● ご職業：

● 勤務先電話番号：() —

● わんちゃんのお名前：

● 品種：

● 年齢： 才 (年 月 日生まれ)

● 毛色：

● 性別：オス・去勢済みオス・メス・避妊済みメス・不明

● ワクチン（予防接種）は行っていますか？

1. 混合ワクチン 接種済み（種類 ）・未接種・不明

前回の接種はいつ頃ですか？ (年 月) ・不明

2. 狂犬病ワクチン 接種済み・未接種・不明

前回の接種はいつ頃ですか？ (年 月) ・不明

● ノミ・ダニの予防は行っていますか？

はい（薬剤名 ）・いいえ・不明

● フィラリア症（蚊が媒介する病気）の予防は行っていますか？

予防している（錠剤 ・ 散剤 ・ チュアブル ・ つけ薬 ・ 注射 ）・していない・不明

● 普段何を食べていますか？

療法食・市販品（商品名 ）・手作り・その他（ ）

● これまで病気にかかったことはありますか？（交通事故・ケガ等も含めて）

ある（内容 ）・ない・不明

● 現在治療中の病気や服用中の薬などがあればご記入下さい。

● ペット保険に加入されていますか？

はい（保険会社名 ）・いいえ

● 本日はどのような症状でご来院なさいましたか？

● 当院をどのような方法でお知りになりましたか？

看板・電話帳・知人の紹介・かつて来院したことがある・インターネット等・その他（ ）

※ 問診表に記入された個人情報の取り扱い、当院の「個人情報取り扱い規則」に則り、適正に管理します。佐野いぬねこ病院 院長