

新患問診票 [犬用]

年 月 日

ふりがな ご自宅 / - -
飼い主のお名前 / 携帯番号 / - -

〒 □□□□-□□□□ 都道府県
ご住所 /

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 ・ メス (去勢済み ・ 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 (予防薬の種類 /) ・ 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。

ある (内容 /) ・ ない

■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は、当院の「個人情報取り扱い規則」に則り、適正に管理します。 羽島動物病院 院長