

初診問診票

ふりがな

• ご家族様 お名前 _____ 職業 _____
〒 _____

住所 _____

電話番号 _____ 携帯電話 _____

• 動物のこゝについて教えてください

お名前 _____ ちゃん 生年月日 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 歳

種類(〇してください)

犬 猫 フェレット ウサギ ハムスター 鳥 その他 _____

品種 _____ 毛色 _____ オス メス

かかりつけ病院 _____ 動物病院 去勢済 避妊済

(時期 _____ 年 _____ 月 _____ 日頃)

• 本日の来院理由を教えてください(複数回答可)

病気 (嘔吐 ・ 咳 ・ くしゃみ ・ 涙 ・ 目やに ・ ぶらつき ・ かゆみ

動かない ・ 食欲がない ・ その他 _____)

セカンドオピニオン (内容: _____)

健康診断 (手術の相談 ・ 狂犬病ワクチン ・ 混合ワクチン ・ フィラリア ・ その他 _____)

• 予防接種の最終接種日を教えてください

狂犬病 _____ 年 _____ 月 _____ 日頃 副作用が出たことは? ある ・ ない

混合ワクチン _____ 年 _____ 月 _____ 日頃 副作用が出たことは? ある ・ ない

• 今後ワクチン等のお知らせハガキを希望されますか? はい (_____ 月) ・ いいえ

• フィラリア予防はされていますか? はい ・ いいえ

• 動物保険に加入されていますか? はい ・ いいえ (保険会社名 _____)

• どのようにして当院をお知りになりましたか?

電話帳 ・ 広告 ・ 看板 ・ インターネット ・ プルスケッタ(レストラン) ・ ラジオ ・ その他 _____

紹介 _____ (知人 ・ 動物病院)

• 当院ではご家族様へ動物の健康管理に役立つ情報や病院からのお知らせ、各種イベント情報を電子メール [ダクタリ通信] (無料) でお届けしております。ご希望の方はメールアドレスをご記入下さいませ。

ご協力ありがとうございました。

当院使用欄

御礼状 有 無 紹介病院 _____ 動物病院

その他 (_____)