

# 初診問診票 【ダウンロード】

ふりがな

・飼主様 お名前 \_\_\_\_\_ 職業 \_\_\_\_\_  
〒 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_ 携帯電話 \_\_\_\_\_

・動物のことで教えてください

お名前 \_\_\_\_\_ ちゃん 品種 \_\_\_\_\_

種類(○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 \_\_\_\_\_

生年月日 西暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 歳 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

・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・ブルスケッタ(レストラン)・ラジオ・その他 \_\_\_\_\_

他院からの紹介 \_\_\_\_\_ 動物病院

知人からの紹介 \_\_\_\_\_ 様

・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 ・ いいえ

・当院では飼主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 ( \_\_\_\_\_ )