

# 初診問診票

No \_\_\_\_\_

年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_

## ご家族様情報



カナ		☎ 電話番号	-	-
名前		☎ 携帯電話	-	-
住所	〒 _____	職業		

## 動物情報



カナ		種類	<input type="checkbox"/> 犬 <input type="checkbox"/> 猫 <input type="checkbox"/> 鳥 <input type="checkbox"/> うさぎ <input type="checkbox"/> その他【 _____ 】		
名前		品種	例：チワワ/スコティッシュ…etc	毛色	
生年月日	年 _____ 月 _____ 日	性別	<input type="checkbox"/> オス <input type="checkbox"/> メス <input type="checkbox"/> 不明	不妊手術	<input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> >時期【 _____ 年 _____ 月】 <input type="checkbox"/> していない

### 予防歴について教えてください。

▶ 予防接種の最終歴を教えてください。

混合ワクチン ( \_\_\_\_\_ ) 種    最終接種日    年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

狂犬病ワクチン    最終接種日    年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

● ワクチンで副作用が起きたことはありますか？     はい (混合ワクチン・狂犬病)     いいえ

▶ ノミダニ予防をしていますか？

はい    最終投与日    年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ( \_\_\_\_\_ )    薬剤名 \_\_\_\_\_

いいえ

▶ フィラリア予防をしていますか？

はい    最終投与日    年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ( \_\_\_\_\_ )    薬剤名 \_\_\_\_\_

いいえ

### ペット保険に加入されていますか？

未加入     アニコム     アイペット     その他【 \_\_\_\_\_ 】

※窓口精算可能な保険証 (アニコム・アイペット対応) をお持ちの方は、問診票と一緒に受付へご提出下さい。

## アンケート

### 当院を知ったきっかけを教えてください。

インターネット     広告     看板     プルスケット (併設レストラン)     ラジオ

ご紹介【 \_\_\_\_\_ (知人・動物病院) 】     その他【 \_\_\_\_\_ 】

### 当院からお知らせのハガキ等を送らせて頂いてよろしいでしょうか？

はい     いいえ

当院記入欄【 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日】

次の問診表へお進みください。

ダクタリ動物病院 京都医療センター

当院記入欄	
<input type="checkbox"/> 紹介症例	( ) 動物病院
<input type="checkbox"/> お礼状	
<input type="checkbox"/> なし	
その他	