

NO. _____

問診票

お手数をおかけしますが、ご記入をお願いいたします。

院長

飼い主様氏名	ふりがな		
住所	〒		
電話番号	①	②	③
種別	犬 ・ 猫		
ペットのお名前		ペットのお誕生日	
		年 月 日 (才)	
品種	毛色		
性別	オス・メス	去勢・避妊手術はしていますか？ している していない	
本日はどのようなことでいらっしゃいましたか？			
食事は1日何回を与えていますか？ また、何を与えていますか？ 食事 (回) ・ おやつ (回) フード・おやつ ()			
飼育場所はどこですか？ 室内 ・ 屋外 ・ 両方			
他に動物は飼っていますか？ いいえ ・ はい ()			
今までに病気にかかったことはありますか？また、 その病気は現在治癒していますか？継続していますか？ いいえ ・ はい 病名 () 治癒 ・ 継続			
今までに手術を受けたことがありますか？ いいえ ・ はい ()			
今までに病院から貰ったお薬やワクチンで具合が悪くなったことはありますか？ いいえ ・ はい ()			
ワクチンを接種したことはありますか？最後に接種したのはいつですか？ いいえ ・ はい (種ワクチン) いつ頃 (年 月)			
フィラリアの予防はしていますか？ いいえ ・ はい (錠剤 ・ チュアブル(肉) ・ スポット ・ 注射)			
診察・治療する上で、何かご希望はございますか？			

ご記入ありがとうございました。

病院記入欄



いずみ中央動物病院