



# 初診問診票

年 月 日

ふりがな

飼い主名

様

住所

〒

—

都・道  
府・県

市  
郡・町

※アパート名もご記入ください

電話

—

—

携帯電話

—

—

ふりがな

動物名（呼び名）

ちゃん

種類

犬・猫・フェレット・ウサギ・ハムスター・鳥  
その他（ ）

品種

毛色

生年月日

20 年 月 日

性別

オス・メス

※不明な場合 約 歳

保険に加入されていますか？

はい ・ いいえ

保険会社名：

※「はい」と答えた方で保険証をお持ちの方

初診問診票とともに保険証を受付へご提出下さい

※以前、当院を受診された事がある方へ

どちらに当てはまりますか？

今もまだ飼っている ・ 今はもういない 診察券NO.

★お手数ですが裏面もご記入ください★

本日はどうされましたか？（当てはまる番号を○で囲んでください）

- 1、ワクチン・フィラリア・狂犬病ワクチン・ノミダニ予防などの予防や健康診断
- 2、診察（具体的な症状をご記入ください）

避妊・去勢手術をしていますか？ はい（ 歳頃） ・ いいえ ・ わからない

ワクチン接種はしていますか？

※ 「はい」と答えた方

はい ・ いいえ ・ わからない

ワクチンの種類 \_\_\_\_\_ 最終接種日20\_\_年\_\_月\_\_日

フィラリア予防はしていますか？

※ 「はい」と答えた方

はい ・ いいえ ・ わからない

薬の種類 \_\_\_\_\_ 最終予防日20\_\_年\_\_月\_\_日

ノミ・ダニ予防はしていますか？

※ 「はい」と答えた方

はい ・ いいえ ・ わからない

薬の種類 \_\_\_\_\_ 最終予防日20\_\_年\_\_月\_\_日

過去の大きな病気や手術の経験、もしくは現在、他の病院にて治療中の方へ

当てはまる項目を✓してください  投薬中である

特別な食事を与えている

注射や薬で具合が悪くなった事がある

具体的な内容をご記入ください

何で当院を知りましたか？（○で囲んでください）

ホームページ ・ 知人 ・ その他（ \_\_\_\_\_ ）

他病院紹介（ \_\_\_\_\_ 病院）

個人情報、飼い主様への医療の提供をするため以外では取り扱いません。個人情報は不適切な手段により取得しません。個人データは漏洩や盗難などから防止するよう、管理し個人情報を守ります。

★ご記入ありがとうございました★