

# 初診問診表

飼主様のお名前	ふりがな		電話番号	
緊急連絡先				
ご住所	〒 (    ) 相模原市 町田市 愛甲郡			
	緑区 中央区 南区			
●動物について				
ペット名	ちゃん		品 種	色
性 別	□オス □去勢済み (    年    月 )		□メス □避妊済み (    年    月 )	
動物種	犬 ・ 猫 ・ その他 (    )		生年月日 / 年齢	年    月    日 (    才 )
●ペットをどこで入手しましたか？				
<input type="checkbox"/> ペットショップ <input type="checkbox"/> ブリーダー <input type="checkbox"/> 自宅で生まれた <input type="checkbox"/> 里親 <input type="checkbox"/> 拾った <input type="checkbox"/> その他 (    )				
●他にかかりつけの病院はございますか？			●ペット保険に加入していますか？	
いいえ ・ はい (病院名    )			いいえ ・ はい (保険会社名    )	
●主な生活場所はどこですか？			●最後に混合ワクチンを接種したのはいつですか？	
<input type="checkbox"/> 屋外 <input type="checkbox"/> 屋内 <input type="checkbox"/> 屋外と屋内両方			年    月    日 (    種 )	
●食事の内容についてご記入下さい。			●フィラリアの予防	
<input type="checkbox"/> 一般食 (ホームセンターなどで購入しているフード) <input type="checkbox"/> 処方食 (病院で購入しているフード)			している ・ していない	
●他に動物を飼っていますか？				
名前	品種・性別・誕生日		名前	品種・性別・誕生日
①	♂    ♀ 年    月    日		②	♂    ♀ 年    月    日
●当院をどのようにお知りになりましたか？ ※必ずご記入ください				
<input type="checkbox"/> 通りかかって <input type="checkbox"/> チラシを見て <input type="checkbox"/> 看板を見て <input type="checkbox"/> タウンニュースを見て <input type="checkbox"/> ぱどを見て <input type="checkbox"/> 知人の紹介 (ご紹介者名    ) <input type="checkbox"/> インターネットで見 <input type="checkbox"/> その他 (    )				
●本日来院の目的を教えてください。				
<input type="checkbox"/> 具合が悪そう <input type="checkbox"/> 健康診断 <input type="checkbox"/> 狂犬病予防注射 <input type="checkbox"/> ワクチン <input type="checkbox"/> フィラリア予防 <input type="checkbox"/> 去勢・不妊手術 <input type="checkbox"/> ノミ・ダニ予防				
具体的に				

ご記入ありがとうございました。