初 診 問 診 票

【飼い主様情報】

フリガナ お名前	
ご住所	〒
電話番号	①：　　－　　－　　/ ②:　　－　　－

【ペットちゃん情報】

フリガナ ペット名	ちゃん	性別	□ 男の子　□ 女の子 （ 去勢・避妊： □済 / □未 ）
動物種・品種	□ 犬　□ 猫 品種：	生年月日	西暦　　年　　月　　日生 （満　　歳　　ヶ月）
毛色	毛色：	ペット保険	□ なし　□ あり （会社名：　　）
アレルギー	□ なし　□ あり 薬・フード等（　　）		

【本日の診察・状態について】

主な来院理由	□ 元気がない　□ 食欲がない　□ 下痢・嘔吐　□ 咳・呼吸苦 □ 痒み・皮膚炎　□ ケガ・跛行　□ 各種予防接種　□ 健康診断 □ その他（　　）
具体的な症状 (いつから等)	
過去の病気 現在服用中の薬	□ なし　□ あり （病名・薬：　　）
予防接種履歴	混合ワクチン：最終接種　　年　　月頃　（□ 未 / □ 不明） 狂犬病注射　：最終接種　　年　　月頃　（□ 未 / □ 不明） フィラリア　：最終使用　　年　　月頃　（□ 未 / □ 不明） ノミ・ダニ　：最終使用　　年　　月頃　（□ 未 / □ 不明）
当院を知った きっかけ	□ 近所　□ 知人の紹介　□ ホームページ　□ 看板 □ 口コミサイト　□ SNS　□ その他（　　）

【個人情報の取り扱いについて】ご記入いただいた個人情報は、診療管理、各種予防管理のご案内、および学術的な統計（匿名化）以外の目的には一切使用いたしません。