

問診票 犬



●飼い主様の情報

(ふりがな)

氏名 _____ 職業：(_____)

住所 〒 _____

お電話 [自宅] (_____) - [携帯] (_____) -

●わんちゃんの情報

犬種：(_____) 毛色：(_____)

お名前 _____ 生年月日：(_____ 年 _____ 月 _____ 日) 年齢：(_____) 歳

性別：オス 去勢オス（手術時期： _____ 年 _____ 月） メス 避妊メス（手術時期： _____ 年 _____ 月）

同居動物の有無：犬 猫 その他 (_____) いつも住んでいる場所：屋内 屋外 両方

入手方法：買った もらった ひろった 自宅で生まれた その他 (_____)

●本日のご来院理由

具合が悪そうだから (いつから： _____) (どこが： _____)
(症状： _____)

健康チェック ワクチン 相談 その他 (_____)

●ワクチン接種は行っていますか？

はい [狂犬病・混合ワクチン (種類： _____)・不明] いいえ

●フィラリア予防はしていますか？

はい (錠剤・おやつタイプ・皮膚につけるタイプ・注射) いいえ

●ノミダニ予防はしていますか？

はい (錠剤・おやつタイプ・皮膚につけるタイプ) いいえ

●いつも何を食べていますか？

1日 (_____) 回 缶詰 ドライフード 手作り食 その他

●今までに大きな病気やケガをしたことがありますか？

はい (具体的に： _____) いいえ

●今までに注射や薬で、ショックやアレルギーなどの異常が出たことはありますか？

はい (具体的に： _____) いいえ

●保険に加入していますか？

はい (アニコム・アイペット・その他) いいえ

●何で当院をお知りになりましたか？

通りがかり 看板 インターネット (ホームページ・インスタグラム・ブログ) チラシ

紹介 (紹介者： _____) その他 (_____)

●当院からお知らせ (予防のお知らせなど) を送らせていただいてもよろしいですか？

はい いいえ