

初診問診票

カルテ No. _____

ふりがな.....

飼主名 _____

〒 -

ご住所 _____

お電話番号 (_____) - _____ 携帯電話番号 _____ - _____

何で当院をお知りになりましたか？ 紹介 ホームページ・SNS 直接見て 看板

ペットのプロフィール (分からないところは空欄で問題ありません。)

ペットの名前	動物種	犬・猫・ウサギ・ハムスター・その他(_____)					
種類	毛色	性別	オス・メス	生年月日	年	月	日
① 避妊/去勢手術は済んでいますか？					<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
② 混合ワクチン接種はしていますか？					<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
③ 狂犬病ワクチン接種はしていますか？					<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
④ フィラリア予防はしていますか？		<input type="checkbox"/> はい(予防薬		予防日	月	日)	<input type="checkbox"/> いいえ
⑤ ノミ・マダニ予防はしていますか？		<input type="checkbox"/> はい(予防薬		予防日	月	日)	<input type="checkbox"/> いいえ
⑥ アレルギーはありますか？		<input type="checkbox"/> はい()	<input type="checkbox"/> いいえ
⑦ ご来院の目的		<input type="checkbox"/> 具合が悪そう()	
		<input type="checkbox"/> 健康チェック・相談		<input type="checkbox"/> ワクチン		<input type="checkbox"/> その他	
⑧ ペット保険に加入していますか？		<input type="checkbox"/> はい(アニコム・iPet・その他)	<input type="checkbox"/> いいえ
ペットの名前	動物種	犬・猫・ウサギ・ハムスター・その他(_____)					
種類	毛色	性別	オス・メス	生年月日	年	月	日
⑧ 避妊/去勢手術は済んでいますか？					<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
⑨ 混合ワクチン接種はしていますか？					<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
⑩ 狂犬病ワクチン接種はしていますか？					<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
⑪ フィラリア予防はしていますか？		<input type="checkbox"/> はい(予防薬		予防日	月	日)	<input type="checkbox"/> いいえ
⑫ ノミ・マダニ予防はしていますか？		<input type="checkbox"/> はい(予防薬		予防日	月	日)	<input type="checkbox"/> いいえ
⑬ アレルギーはありますか？		<input type="checkbox"/> はい()	<input type="checkbox"/> いいえ
⑭ ご来院の目的		<input type="checkbox"/> 具合が悪そう()	
		<input type="checkbox"/> 健康チェック・相談		<input type="checkbox"/> ワクチン		<input type="checkbox"/> その他	
⑧ ペット保険に加入していますか？		<input type="checkbox"/> はい(アニコム・iPet・その他)	<input type="checkbox"/> いいえ

ワクチン証明書類等をお持ちの際はスタッフにご提示ください。