

問 診 票

受付日 年 月 日

飼主様氏名	ふりがな	連絡先 電話	自宅：
			携帯：
住 所	〒		

動物種	犬 ・ 猫 ・ その他 ()		種類	
ペット名		性別	オス ・ メス ・ 去勢オス ・ 避妊メス	
お誕生日(西暦)	年 月 日 (歳)	ご不明な場合は大体の年齢をご記入ください (歳位)		
毛の色		性格		
入手方法	ペットショップ ・ ブリーダー ・ 譲渡 ・ 保護 ・ その他 ()			

① どのような症状で来院されましたか。

健康診断 予防接種 具合が悪そう

※いつからどんな症状か、心当たりなど具体的にご記入ください。

② アレルギーはありますか。

はい (※どのようなアレルギーですか)
いいえ ・ 不明

③ 今まで他に病気をした事がありますか。

はい (※いつ頃どのような病気ですか)
いいえ ・ 不明

④ 去勢、避妊手術以外の手術を受けた事がありますか。

はい (※いつ頃どのような手術ですか)
いいえ ・ 不明

⑤ 予防接種はされていますか。

【 犬の場合 】

狂犬病 はい (最終接種： 年 月) ・ いいえ ・ 不明
混合ワクチン はい (最終接種 6 ・ 8 ・ 9 種混合 月頃) ・ いいえ ・ 不明
フィラリア予防 はい ・ いいえ ・ 不明

【 猫の場合 】

エイズ、白血病検査は受けていますか。 はい ・ いいえ ・ 不明
混合ワクチン はい (最終接種 3 ・ 5 種混合 月頃) ・ いいえ ・ 不明
※5種白血病ワクチン入り

⑥ どんなことでも結構ですので、不安なことやご質問等あればお聞かせください。

例：動物を家族にするのが初めて、病院が初めて、〇〇について教えてほしい・・・など

ご心配事などは動物看護師・獣医師がプライバシーを遵守しお伺いいたします。
安心してご相談ください。