

No.

問 診 票



桜町サンシャイン
動物病院 SAKURAMACHI
SUNSHINE
ANIMAL CLINIC

ご記入日 20____年__月__日

【飼い主様の情報】

〒_____

ふりがな

お名前 _____様 ご住所 _____

電話番号 _____ 緊急のご連絡先 _____

【ペットの情報】 犬 猫 その他 (_____)

お名前 _____ 品種 (_____) 毛色 (_____)

性別 男の子 女の子 不妊手術 未 済 (20____年__月頃)

誕生日 20____年__月__日 (不明の場合：推定 ____ 歳)

保険加入 未加入 加入済 (アニコム アイペット ペット&ファミリー その他)

過去の予防 狂犬病ワクチン (最終接種日：20____年__月頃)

混合ワクチン (_____ 種、最終接種日：20____年__月頃)

フィラリア (商品名： _____) ノミ・マダニ (商品名： _____)

【1】 ペットをどのようにお迎えしましたか？

購入した (どこで： _____)

もらった 自宅で生まれた 拾った その他

【2】 飼育している場所は？

常に室内 ほぼ室内 室内室外半々 ほぼ室外 常に室外 その他

【3】 同居している動物はいますか？

犬 猫 その他 (_____)

【4】 いつも何を食べていますか？

(種類) 市販のフード 療法食 (商品名： _____) 手作り食 (材料： _____)

(形状) ウエット ドライ 両方

【5】 本日の来院理由は？

診察 狂犬病ワクチン 混合ワクチン フィラリア ノミ・ダニ

その他 (_____)

【6】 「診察」とお答えの方はご記入下さい。

どんな症状ですか？ (_____)

いつ頃からですか？ (_____)

【7】 病気やケガで病院にかかったことはありますか？また、現在治療中の病気・ケガはございますか？

なし あり (_____)

【8】 食べ物でアレルギーがあるとされた事がありますか？

なし あり (食品名： _____)

【9】 薬や注射で具合が悪くなった事がありますか？ ※お薬や注射名がわかりましたら、ご記入下さい。

なし あり (お薬名： _____ 注射名： _____)

【10】 当院をどのように知りましたか？

ホームページ インスタグラム 広告 ペットショップ 通りすがり

ご紹介 (_____ 様) その他 (_____)

【11】 その他、不安なことや相談したい事など、ご自由にご記入下さい。

(_____)

【12】 当院からのお知らせや案内などをお送りしてもよろしいですか？ はい いいえ

※当院は、個人情報保護法に基づき、ここに記載された個人情報を適切に管理し、当院からの連絡やご案内以外の目的では使用致しません。