

問 診 票

※飼い主様へ 言葉が話せない患者さまに代わってお答えください!!!

年 月 日

フリガナ
飼い主様のお名前

ご住所：(〒 —)

ご連絡先： — () —

ワンちゃん  ・ネコちゃん  のお名前： (クン♂・チャン♀)

種類： _____ お誕生日： 年 月 日(才)

フリガナ
ご紹介者様のお名前： _____ 様



(簡単な質問です。ご協力お願いします)○印でご記入ください。

- ① どんな環境で生活していますか？ 室内 ・ 室外 ・ 夜だけ室内
- ② 最初の出会いは？ 購入 ・ 譲渡 ・ 自宅で出生 ・ 保護 ・ その他
- ③ 来院目的は？ 病気の心配 ・ 健康チェック相談 ・ ワクチン接種 ・ その他
- ④ 狂犬病ワクチンを接種されていますか？(犬のみ) はい ・ いいえ
- ⑤ 混合ワクチンを接種されていますか？ はい ・ いいえ
- ⑥ フィラリア予防はされていますか？ はい ・ いいえ
- ⑦ 去勢・避妊手術はされていますか？ はい(何歳で？ 才) ・ いいえ
- ⑧ いつも何を食べていますか？ 缶詰 ・ ドライフード ・ その他
- ⑨ 交通事故や大きなケガ・病気をしたことがありますか？ はい ・ いいえ
- ⑩ 注射・内服薬などでショック症状を起こしたことがありますか？ はい ・ いいえ
- ⑪ 食べ物・環境などでアレルギーを感じられたことはありますか？ はい ・ いいえ

※ご記入頂きました飼い主様情報、及び患者さま情報は、飼い主様の同意なく、第三者に提供いたしません。

とみながペットクリニック

〒813-0041 福岡市東区水谷2-2-29 ☎092-662-1624