

問診票

◆飼い主様について

お名前（ふりがな）

電話番号

ご住所

ご職業

携帯電話番号

◆ペットについて

動物種

品種

お名前（ふりがな）

性別

オス・メス

去勢避妊手術は？ 済んでいる・まだ

生年月日

年

月

日

飼育環境 室内・屋外・両方

主食は？ ドライフード・缶詰・手作り・その他（ ）

※メーカー、商品名分かる範囲で出来る限りご記入ください

（ ）

今現在使用しているお薬、サプリメント等ありますか？

YES NO ※YESの場合、種類・品名できる限りご記入ください。

（ ）

今までに、お薬、注射、食べ物等でじんま疹などのアレルギー症状や異常が出たことはありますか？

YES NO ※YESの場合、どんなお薬、注射、食べ物だったかご記入ください。

（ ）

今回ご来院の理由について。

ワクチン（予防接種） フィラリア予防 体調が悪い 健康診断・相談

耳 皮膚 歯 嘔吐 下痢 腕・足が痛い その他（ ）

具体的に症状をご記入ください。（いつから、どこが、どのように、どんな検査が希望かなど。）

（ ）

ご記入ありがとうございます。

※ご記入していただきました内容は、当院での診察、お知らせ以外には使用いたしません。