

初診受付票

お名前・ふりがな		ご住所	
		〒	
TEL		携帯	
ペット名・ふりがな	動物	品種	生年月日(西暦)
	犬・猫 他	毛色 ( )	年 月 日
飼育開始日(西暦)	性別		保険
年 月 日	♂・♀・避妊済・去勢済		未加入 加入(保険名:)
混合ワクチン 年 月 日( )種混合		狂犬病 年 月	フィラリア予防 未・済

問診票

◎今日はどうされましたか？

健康診断・爪切りなど(特に具合が悪い所はない)

ワクチン・フィラリア予防

具合が悪い所がある※ その他

※「どこ」に「どんな」症状がありますか？

※その症状はいつ頃からありますか？

○過去に病気になったことがありますか？ ない ある※

※いつ頃どんな症状があったか、また現在も治療中かご記入ください。

○今、使用しているお薬はありますか？

ない ある※(あれば種類をご記入ください)

○過去に飲み薬や注射、食べ物などで具合が悪くなったり、ショックやアレルギー等の異常が見られたことはありますか？

ない ある※(あれば原因となった物をご記入ください)

ご記入ありがとうございました。カウンターまでお持ちください。

セキ動物病院