

初診受付票

飼い主様名・ふりがな		ご住所	
		〒	
TEL :		携帯 :	
ペット名・ふりがな		動物種	ペット生年月日(西暦)
		犬・猫 他	年 月 日
		品種 : 毛色 :	
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:)	
マイクロチップNo. :		※保険会社からの内容照会時の際はカルテ内容をお答えさせていただきます	
環境省データベース登録変更: 未・済			
混合ワクチン 年 月 日()種混合		狂犬病 年 月 日	フィリア予防 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