

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	品種：	ペット生年月日(西暦)
	犬・猫		年 月 日
	他	毛色：	
飼育開始日(西暦)	性別	保険	
年 月 日	メス・オス・避妊済・去勢済		未加入
マイクロチップNo.： 環境省データベース登録変更： 未 ・ 済			加入（保険名： ） ※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
混合ワクチン 年 月 日()種混合		狂犬病 年 月 日	フィリシア予防 未・済

当院ではプライバシー・個人情報保護のため院内での撮影・録音を行う場合

担当医に許可を取るようお願い致します

SNS等への投稿は基本にご遠慮いただいております

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・フィリシア予防

☐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