

問診票



■飼主様の情報

※2 頭目以降省略可能です

ふりがな

三

お名前

ご住所

電話番号

緊急のご連絡先

ご家族人数 人（子供 ）

■ペットの情報

お名前 品種 () 毛色 ()

性別 ☐オス ☐メス 不妊手術 ☐未 ☐済（西暦 年 月頃）

誕生日 西暦 年 月 日 いつから飼っている？ 西暦 年 月 日

保険 ☐未加入 ☐加入済 (☐アニコム ☐アイペット ☐ペット&ファミリー ☐その他)

予防 ☐ 狂犬病（最終接種日：西暦 年 月頃） ☐ 集合注射 ☐ 病院（病院名： ）

☐混合ワクチン（ 種、最終接種日：西暦 年 月頃）（病院名： ）

□フィラリア □ノミ・マダニ □その他 () (病院名:)
(月～ 月) (月～ 月)

【1】どのようにお迎えしましたか？ ☐購入した（どこで：_____）

☐もらった ☐自宅で生まれた ☐拾った ☐その他

【2】飼育している場所は？ ☐常に室内 ☐ほぼ室内 ☐室内室外半々

☐ほとんど屋外 ☐いつも屋外 ☐その他

【3】同居の動物はいますか？ ☐犬（ 頭） ☐猫（ 頭） ☐なし

☐その他（ ）

【4】 いつも何を食べていますか？ ☐ウェット ☐ドライ（商品名：_____）

□人間の食物・その他（1日 gg）

【5】 本日の来院理由は？ ☐ 予防（☐ 狂犬病予防接種 ☐ 混合ワクチン ☐ フィラリア ☐ ノミ・マダニ）

☐診察 ☐健診 ☐セカンドオピニオン ☐その他（ ）

【6】「診察」とお答えの方はご記入下さい。

いつ頃からですか

どこが悪そうですか

どんな症状ですか

【7】 病気やケガで病院にかかったことはありますか？また、現在治療中の病気・ケガはございますか？

☐なし ☐あり (

【8】薬や注射で具合が悪くなった事がありますか？また、そのお薬名がわかりましたら、ご記入下さい。

☐なし ☐あり (

【9】 当院をどのように知りましたか？

☐検索 ☐SNS（インスタ・YouTube） ☐Web広告 ☐Googleマップ ☐口コミサイト ☐ご紹介 ☐生成AI ☐その他

【10】 当院を受診しようと思われたきっかけは何ですか？

【11】 当院からお知らせなどをお送りしてもよろしいですか？ ☐ はい ☐ いいえ

※当院は、個人情報保護法に基づき、ここに記載された個人情報を適切に管理し、利用目的以外に使用いたしません。