初診問診票（犬）

＜飼い主様について＞

ふりがな		当院をどのように知りましたか？
お名前		当院HP・見かけた・ご紹介（　　様） ・以前通っていた
ふりがな		
ご住所	〒	
電話番号	①	②
ペット保険	□ 未加入　□ 加入（保険名：　　）	

＜受診するワンちゃんについて＞

ふりがな		品種	
ペット名		毛色	
		生年月日	年　月　日頃
性別	□おす　□去勢済（　年　月頃）　□めす　□避妊済（　年　月頃）		
今まで病気、怪我、手術の経験はありますか？		□ない　□ある（　　）	
注射や薬でアレルギー等の副反応が出た事はありますか？		□ない　□ある（　　）	
現在、治療中の病気はありますか？		□ない　□ある（　　）	
使用中の薬、サプリメントがあればお知らせください		□ない　□ある（　　）	
予防の有無	□ 狂犬病予防接種　□ フィラリア □ 混合ワクチン（　種）　□ ノミ・ダニ		
生活環境	□ 室内のみ　□ 基本室内で外へ出かける　□ 屋外飼育		
	家に他の動物は　□ いる（　　）　□ いない		
食事内容	主食（　　）　おやつ（　　）		

＜本日はどうされましたか？＞

具体的に→
ご心配・ご要望等ございましたらお知らせください→

当院使用欄　ID:　　年　月　日

中川犬猫病院