NO.

問 診 票

西暦 2022 年 月 日

■ 飼い主様の情報

※2頭目以降は省略可能です。変更点があれば、ご記入をお願いします。

フリガナ		ご住所	〒
飼主名			
電話番号		緊急のご連絡先	

■ ペットちゃんの情報・診察の目的

※猫ちゃんを連れてきた方へ。ケージに入っていなかったり、怖がりの子は事前にお申し付けください。

フリガナ		誕生日	西暦 年 月 日
ペットの名前			□不明（もしくはだいたいの年齢 歳）
種別	□犬【品種: 】 □ノラ猫 □飼い猫【品種: 】 □その他【種類: 】		
性別	□不明 □オス【去勢 □済 □未】 □メス【避妊 □済 □未 出産歴 □有り □無し】		
保険	□アニコム □アイペット※保険証をお持ちの方はご提示ください。□その他の保険会社		
マイクロチップ	□不明 □未登録 □登録（ID: ）		
混合ワクチン注射	□不明 □していない □している 最終接種日:西暦 年 月頃		
犬のみ 狂犬病注射	□不明 □していない □している 最終接種日:西暦 年 月頃		
犬のみ フィラリア予防	□不明 □していない □している		
いつから飼育・保護していますか？	西暦 年 月 日～（もしくは 年前より）		
入手方法は？	□購入した □保護した □譲り受けた □自宅で産まれた		
飼育している場所は？	□家の中 □屋外(庭・家の周り・車庫など) □両方		
同居の動物は？	□いない □犬(頭) □猫(頭) □その他【種類: 】		
いつも食べているものは？	□ドライ □半生・レトルト □缶詰 □おやつ □その他【 】		

本日はどのような診察をご希望ですか？

□爪切り □肛門のう □ノミ・ダニ予防 □混合ワクチン □フィラリア予防 □セカンドオピニオン

□健康チェック(体重・体温・性別確認など) □避妊・去勢手術の相談

かかられていた病院名
( )
差し支えなければご記入ください。

具体的に見てほしいこと、いつから症状があるなど、気になることをご記入ください。

【 】

現在治療中の病気・ケガはありますか？また病気・ケガでの手術歴がありましたら、ご記入下さい。

□なし □わからない □あり( )

薬や注射で具合が悪くなったことはありますか？そのお薬名がわかりましたら、ご記入下さい。

□なし □わからない □あり( )