

# 初診問診票



20 年 月 日

## ■飼主様の情報

※2 頭目以降省略可能です

ふりがな  
お名前

電話番号

ご住所:〒

-

市・郡

緊急連絡先

(ご家族など別の方の場合お名前も)

## ■ペットの情報

ふりがな  
お名前

性別 オス メス (不妊手術済)

動物種 犬 猫 うさぎ その他

品種: /Mix(雑種)

毛色 黒 茶 白 グレー その他( )

誕生日 年 月 日( 歳) 不明

保険 未加入 加入済(アニコム アイペット その他)

マイクロチップ あり なし

予防 狂犬病(最終接種日: 年 月 日)

混合ワクチン( 種、最終接種日: 年 月 日)

フィラリア ノミ・ダニ その他

性格 友好的 おとなしい 攻撃的 こわがり 神経質 その他( )

主食 ドライ ウェット 手作り その他( )

【1】アレルギーはありますか? ない

ある(食べ物: お薬、注射、その他( )

【2】本日の来院理由は? 診察 予防(狂犬病 混合ワクチン フィラリア ノミ・ダニ)

セカンドオピニオン 健康チェック その他( )

【3】「診察」「セカンドオピニオン」とお答えの方はご記入下さい

いつ頃からですか? \_\_\_\_\_

どんな症状ですか? \_\_\_\_\_

セカンドオピニオンの方へ→ 他院での検査(有 無) 注射やお薬(有 無) 資料(有 無)

※他院からの検査結果や資料をお持ちの方は受付へご提出下さい

【4】どのようにして当院をお知りになりましたか?

・ご紹介(江島動物病院 \_\_\_\_\_動物病院 お知り合い等ご紹介者: \_\_\_\_\_様)

・インターネット(ホームページ Facebook Instagram LINE その他)

・その他(他の子で来院歴有 以前来院歴あり(約 年前) その他( )

【5】その他不安な点などあればご自由にご記入下さい 例:検査内容や診察料金、本日の予算 など

【6】当院からのお知らせ(DM 等での)を希望されますか?(予防や健康診断など) はい いいえ

ご記入ありがとうございます 受付スタッフまでお持ち下さい