

NO

初診用問診票

記入日

年

月

日

★飼い主様の情報

お名前 フリガナ	電話番号
	緊急連絡先
ご住所 〒	当院をどのようにお知りになりましたか？ ・電話帳・インターネット・その他()

★動物の情報

お名前	動物種： 犬・猫 品種：	毛色	性別 ・オス・メス・去勢・避妊
生年月日 西暦 年 月 日	ご自宅にきた日と経緯 西暦 年 月 日	・自宅で生まれた ・ペットショップ ・ブリーダー ・拾った	

○いつもいる環境 ・室内のみ・室内＋散歩・室外のみ・出入り自由	○同居している動物 あり(動物種：)・なし
○現在与えている食餌は何ですか？ (回数・種類 メーカー又は商品名)	1日 回 ()
○身元確認のマイクロチップの使用	あり (ID番号：) なし
○動物の健康保険への加入	あり→ ・anicom ・ipet ・その他() なし

★これまでの病気・予防について

○これまでかかった病気はありますか？ はいの方→	はい・いいえ いつ() 病名()
○ワクチン接種はしていますか？	はい・いいえ 犬： 狂犬病・()種混合ワクチン・わからない 猫： ()種混合ワクチン・わからない
○フィラリアの予防はしていますか？	はい・いいえ 薬剤名()
○注射、薬でアレルギーが起こったことはありますか？	はい・いいえ ()

★現在の状態について(本日はどうされましたか？)

①診察 いつからですか？ () どのような症状ですか？ () 元気： あり ・ なし 食欲： あり ・ なし	
②予防 ・ワクチン ・フィラリア ・狂犬病ワクチン ・その他()	
その他診察時にご希望することはありますか？ () ※その他書ききれない場合は再診用問診票にご記入下さい。	

ご協力ありがとうございました。

Piccolo Animal Hospital

