

イルカ動物病院 初診問診票

年 月 日 No.

飼い主様の情報	フリガナ	[自宅]	—	—
		[携帯]	—	—
	〒	—		

動物の情報	フリガナ	[動物種] 犬・猫・その他	[性別] 男の子・女の子・不明
		[品 種]	[避妊・去勢] 未 ・ 済
	[生年月日] (歳)	[毛色]	[同居動物(本人含む)] (有・無)
	西暦 年 月 日		犬()匹・猫()匹・その他()匹

◆本日の来院理由 具合が悪い・セカンドオピニオン・健康診断・手術の相談・ワクチン・予防薬・その他

()

以下の質問にわかる範囲でご記入をお願いいたします。

◆お家に来た日 年 月 日頃 ・ わからない

◆お家に来た経緯 購入 ・ 譲渡 ・ 保護 どこから()

◆飼育環境 完全室内 ・ 屋外のみ ・ 両方(屋内 %・屋外 %)

◆混合ワクチン 接種済(前回: 年 月 日頃 ・ 種混合ワクチン) ・ 未接種

◆狂犬病ワクチン(犬のみ) 接種済(前回: 年 月 日頃 ・ 未接種

◆フィラリア予防(犬のみ) 飲み薬 ・ つける薬 ・ 注射 ・ していない
最後に予防した日: 年 月 ・ 製品名: _____

◆ノミ・マダニ予防 飲み薬 ・ つける薬 ・ その他() ・ していない
最後に予防した日: 年 月 ・ 製品名: _____

◆食事内容 ドライ ・ ウェット(缶詰など) ・ 半生 ・ 手作り食 ・ 人と同じ物
製品名/内容: _____

◆今まで大きなケガや病気をしたことがありますか?
ない ・ ある()

◆ワクチンや薬、ご飯などで具合が悪くなったことはありますか?
ない ・ ある()

◆ペット保険には加入していますか?
加入 (会社名:) ・ 未加入

※(加入者のみ)保険会社から当院へ問い合わせがあった場合、治療内容等をお答えしてよいですか?
はい ・ いいえ

◆ワクチンやフィラリア予防のお知らせをお送りしてもよいですか?
はい ・ いいえ

◆当院をどのようにして知りましたか?
ご紹介(様) ・ ネット検索 ・ SNS ・ 通りがかり ・ チラシや広告 ・ 道路沿いの看板