

# 初診問診票

受付

年 月 日

飼い主さま お名前	フリガナ	住所	〒		
電話	— —	緊急連絡先	— —	ご紹介者様	
ペット名		犬・猫	品種 ( ) 毛色 ( )	生年月日	年 月 日
保険	未加入・加入 ( iPet / アニコム・ソニー損保 ) (他: )		男の子: 去勢 ( 未 ・ 済 ) 女の子: 避妊 ( 未 ・ 済 )		

## ・本日はどうされましたか？

1. 具合が悪そうなので
  2. 健康チェック・相談
  3. ワクチン接種・フィラリア予防
- いつからどのような症状ですか？

## ・混合ワクチンについて

接種している (最終接種 年 月 日) (種類 )  未接種

## ・狂犬病予防について

接種している (最終接種 年 月 日)  未接種

## ・現在、治療中の病気はありますか？

いいえ  はい (疾患名 )

## ・現在、何かお薬を飲んでいますか？

いいえ  はい (お薬名 )

## ・今までに注射、薬等でショックなどの異常が見られたことがありますか？

いいえ  はい 具体的にお願ひします

## ・今までに大きな病気や事故、または手術の経験はありますか？

いいえ  はい ( )