

問 診 票 （初診用）

お名前	ふりがな	電話番号	
ご住所	〒		

ペット名		生年月日	年 月 日
品種と毛色		性別	オス・メス （去勢済・避妊済）
入手方法	☐ 買った ☐ もらった ☐ 拾った・保護した ☐ 自宅で産まれた ☐ その他()		
マイクロチップ	☐ 入れている ☐ 入っていない ☐ わからない		

予防の有無	☐ 狂犬病 ☐ 犬6種混合ワクチン ☐ 犬8種混合ワクチン ☐ フィラリア ☐ 猫3種混合ワクチン ☐ 猫白血病ワクチン ☐ まったくしていない ☐ 不明

診察内容	☐ 具合が悪い（具体的に）
	☐ 健康相談
	☐ 予防接種

過去に なった 病気	☐ あり（具体的に）
	☐ 注射などでショック・異常を起こしたことがある
	☐ なし

関心のある 事	☐ 歯みがき ☐ しつけ ☐ お手入れ ☐ 食事 ☐ その他 （具体的に）

紹介者
