

問診票



藤本アニマルクリニック

来院日 年 月 日 No.

◆飼い主様情報

氏名 <small>ふりがな</small>	住所 〒	職業
Tel:	携帯:	
過去にペットを飼った事がある： はい [犬 猫 その他 ()] いいえ		
メール会員希望： する () しない		
当院を知るきっかけ： 電話帳 ご近所 通りがかり インターネット 紹介()		

◆ペットの情報

名前	動物種	品種	毛色	性別	生年月日	家に来た日
	犬 猫 他 ()			オス メス 去勢雄 避妊雌	才 年 月 日生	年 月 日

性格： 大人しい 神経質 怖がり 興奮し易い 攻撃的 不明

入手方法： 購入 () もらった 自宅で生まれた 拾った 住みついた

生活環境： 屋内 (%) 屋外 (%)

食事内容	市販 (ドライ 缶詰 パウチ) 療法食 手作り食 その他
	商品名:

◇予防歴

狂犬病ワクチン： している(最終日 年 月 日) していない 登録のみ済み 不明
混合ワクチン： している(種混合 最終日 年 月 日) していない 不明
☆猫エイズ ☆猫白血病 ☆は猫ちゃんのみ
フィリア： している(最終日 年 月~ 月) していない 時々する 不明
予防している方→予防薬の種類： お肉タイプ クッキータイプ 錠剤 注射 スポット
ミダニ： 市販薬 動物病院取扱い薬 していない 不明

◇現在の状態

来院理由 (なるべく具体的にご記入ください)
現在受けている治療がある(あれば具体的にご記入ください)
現在服用している内服薬やサプリがある ある () ない

◇これまでの状態

過去の病気・手術・怪我・注射や薬によるアレルギー(副反応)等がある ある () ない
--

◇マイクロチップの有無

有 無

◇ペット保険に加入

している () していない

ご記入有難うございます カルテ作成後にお呼びしますのでもうしばらくお待ちください