

千葉 sea side 動物病院

初診問診票

年 月 日

かわいいわんちゃん・ねこちゃんに代わってご記入下さい。

ご家族	名前		電話	自宅：	携帯：
	住所	〒			
動物	名前		犬・猫	種類	色
	生年 月日	または飼育開始時期と推定年齢 年 月 日 (歳 カ月)		性別	オス・去勢オス メス・避妊メス

来院理由を教えてください。

健康チェック・ワクチン接種・フィラリア予防・病気やけがの診察

病気やけがの場合は、いつ頃から？どのような症状？などを詳しくご記入下さい。

- 飼育環境を教えてください。 室内・屋外・その他 ()
- 同居頭数を教えてください。 単独・二頭以上 (頭)
- 入手方法を教えてください。 購入した・保護した・もらった・家でうまれた・その他 ()
- 1年以内に狂犬病の予防注射を受けていますか？
はい (月 頃) ・ いいえ
- 1年以内に混合ワクチンの接種はすんでいますか？
はい (●接種日: _____月 _____頃 , ●種類:犬_____種, 猫_____種) ・ いいえ
- フィラリアの予防は行いましたか？
はい (種類→ 錠剤・粉末・チュアブル・スポットタイプ・注射)
- 普段の食事を教えてください。 ※食事内容は治療を行う上で非常に重要です。

① 缶詰 ○の場合柄名：
 ② ドライフード ○の場合柄名：
 ③ 人間の食べ物 ○の場合柄名：
 ④ その他 ○の場合柄名：
 おやつがあれば具体的に：

今までに大きな病歴がある場合はご記入下さい。

- 今までに薬や注射でショックやアレルギーがでたことはありますか？
はい (薬剤名や症状をご記入下さい。) ・ いいえ
- 今後当院からのお知らせ等をお送りしてもよろしいですか？ はい・いいえ