

カルテNo. _____

初診問診表 (子犬用)

初診日 年 月 日 (:)

フリガナ

生後 6 ヶ月以内

※わかる範囲で簡単に御記入ください

飼主氏名 _____ 職業 _____

緊急TEL _____

住 所 〒 _____

TEL _____

越谷市/ _____ 市

当院を知った理由 近所,通りがかり・電話帳・ご紹介(ご紹介者名: _____)・その他(_____)
(複数回答可) チラシ・インターネット[検索キーワード: _____]・ぱど

ペット名 _____ ちゃん生年月日 _____ 年 月 日生(歳 ヶ月) 性別 オス・メス

種類(_____) 毛色 白・黒・茶・白黒・白茶・黒茶・薄茶・ゴマ・三毛・灰・白灰・その他(_____)

いつ、どちらで購入・譲渡されましたか? いつ _____ 年 月 日 どちらで _____

寄生虫の虫下しはしましたか? いいえ / はい

過去に動物病院にかかるような病気になったことがありますか? いいえ / はい

はいの場合: いつ _____ 年 月 病院名 _____

内容 _____

ワクチンを接種していますか? いいえ / はい

はいの場合: 狂犬病 _____ 年 月 日 レプトスピラ _____ 年 月 日

混合ワクチン: (5・6・7・8・9・?)種混合

1回目 _____ 年 月 日 2回目 _____ 年 月 日 3回目 _____ 年 月 日

ノミの予防はしていますか? いいえ / はい : 首輪・スポットタイプ・飲み薬・スプレー・その他(_____)

飼育している場所は? 室内 / 室外 / その他(_____)

他に飼っている動物は? なし / 犬(匹) / 猫(匹) / その他(_____)

1日の食事の回数・内容は? 1日 _____ 回 缶詰/ドライフード/その他(_____)

薬に対するアレルギーはありますか? いいえ / はい / わからない (_____)

マイクロチップは装着していますか? いいえ / はい / わからない (_____)

《本日の来院理由》

健康診断希望 ワクチン希望 その他予防を希望 (フィリア・ミ、ダニなど) ペットホテル

処置希望 (トリミング、爪切り、その他: _____)

病気 _____ いつ頃から _____

内容 _____

麻の葉動物病院

カルテNo. _____

ペット名 _____ ちゃん