

問 診 票

カルテ ID _____

受付日 _____

飼い主 氏名	フリガナ	電話番号	自宅	
			携帯	
住所	フリガナ 〒			

ペット 名		生年月日	西暦	年	月	日	(満 歳)
動物種	犬・猫・その他()	品種					
性別	オス ・ メス	不妊手術	している ・ していない				
		不妊手術時 期	年 月 日(歳頃)				
毛色	白・黒・茶 その他()						

ペット保険への加入	有 (会社名:) ・ 無
-----------	---------------

本日の受診理由

現在はどのような症状で
か？

いつからですか？

かかりつけ動物病院

担当医

入手方法 ペットショップ ・ ブリーダー ・ 自宅で生まれた ・ 保護 ・ その他()

飼育開始日 年 月 日 同居動物 犬()頭・猫()頭・その他() ・ なし

飼育環境 室内 ・ 室外 ・ 両方 散歩 1日()回 ()分

食事 ドライフード ・ 缶詰 ・ 手作り ・ おやつ 食事回数 1日()回

メーカー・商品名・内容など

既往歴(今までにかかった病気) 病名・症状 時期

薬・注射・食事に対するアレルギーや異常

狂犬病ワクチン している ・ していない

混合ワクチン している(種混合 最終接種日 年 月 日) ・ していない

フィラリア予防 している(錠剤 ・ おやつタイプ ・ 塗布剤 ・ 注射) ・ していない

マイクロチップ 有(ID 番号:) ・ 無