

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
すか？

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