

問診票



戸島ふじもと動物病院

● 飼い主さまについてご記入ください

ふりがな
飼い主名

TEL

〒
住 所

● ペットちゃんについてご記入ください

ペット名 犬・猫・その他 ()

種 類 生年月日 (才)

性 別 オス・メス・去勢済・避妊済 外飼い or 室内飼い

多頭飼いの有無 あり () を () 匹 なし

ペット保険の加入 あり なし

【ワクチン歴】 最終接種日 年 月 日 (ワクチンの種類)

【狂犬病予防接種】 最終接種日 年 月 日

【フィラリア予防歴】 最終接種日 年 月 日 (お薬の名前)

【ノミ・ダニ予防歴】 最終接種日 年 月 日 (お薬の名前)

● 既往歴の有無 (いつ、どこで、なにを?)

● 現在内服中の薬の有無 (いつから、なにを?)

● 食べているフード を、1日 回

● 本日はどうされましたか?ほかにも気になること、聞きたいことがあればご記入ください
(いつからか、など具体的に記してください)