

NO. \_\_\_\_\_

初診日 年 月 日



山の辺いぬねこクリニック

## 初診問診票

わかる範囲で結構ですので、大切な家族の代わりにご記入お願い致します。

### 🐾 飼い主様の情報

|      |       |       |  |
|------|-------|-------|--|
| フリガナ | ----- | TEL   |  |
| 氏名   |       | 携帯番号  |  |
| ご住所  | 〒     | 緊急連絡先 |  |
|      |       | ご職業   |  |

### 🐾 犬猫の情報

|                                  |  |       |                                  |
|----------------------------------|--|-------|----------------------------------|
| フリガナ                             | -----  | 生年月日  | 年 月 日                            |
| 名前                               |  |       |                                  |
| 動物種                              | 犬・猫  | 毛色    | 性別<br>オス・オス(去勢済み)<br>メス・メス(避妊済み) |
| 品種                               |  | ペット保険 | 加入なし・加入あり(保険会社名: )               |
| 既往歴                              |  | 性格    |                                  |
| 注射や薬などでアレルギーはありますか?              | はい・いいえ ➡ 【はい】と答えた方はどの薬が原因がわかれば教えて下さい<br>( )              |       |                                  |
| 本日はどうされましたか?<br>(なるべく詳しくお書きください) | ・予防接種      ・ノミ、フィラリア予防      ・健康診断<br>・診察、その他(詳しくお書きください) |       |                                  |

### ★当院をどのようにお知りになりましたか？

- お住まいの近く     ホームページ     動物病院情報サイト     ご紹介(紹介先名: )  
 その他( )

### ★予防やキャンペーンなどをお知らせするお葉書などを希望されますか？

- はい       いいえ

### ★お車で待たれる場合は、お車NOをお書きください。

( )