

# 初診問診票

平成 年 月 日

フリガナ 飼主氏名				ペット名				
住所								
電話	(	)		携帯電話				
種類	犬・猫・その他 (			)	品種			
性別	オス・メス・去勢オス・避妊メス			毛色				
ペットの生年月日	年	月	日	(現在	歳	ヶ月)		
最終狂犬病予防注射日	年	月	日					
最終混合ワクチン接種日	年	月	日	(ワクチンの種類	)			
最終フィラリア予防日	年	月	日	(予防薬の種類	)			
最終ノミ・マダニ予防日	年	月	日	(予防薬の種類	)			
本日の来院理由	<input type="checkbox"/> 具合が悪そうだから ⇒ どこが悪そうですか？ <input type="checkbox"/> 健康チェック相談 <input type="checkbox"/> ワクチン ⇒ 狂犬病・混合ワクチン・フィラリア・ノミ,マダニ							
今までに病気になった事がありますか？	<input type="checkbox"/> はい ⇒ それはいつ頃ですか？ <input type="checkbox"/> いいえ ⇒ どんな病気ですか？							
交通事故その他ケガをした事がありますか？	<input type="checkbox"/> はい ⇒ それはいつ頃ですか？ <input type="checkbox"/> いいえ ⇒ どんなケガですか？							
動物保険	有・無	アニコム損保	その他 (					)
当院を何で知りましたか？	近所・知合いの紹介・インターネット・ホームページ・チラシ・その他 (							
紹介者がいる場合は紹介者のお名前 (	)							
当院で他にかかれた子はいますか？	お名前 (							



## 大崎動物病院

ohsaki animal hospital

当院は個人情報保護法に基づき、ここに記載された個人情報を適切に保管し、医療目的にのみ利用するとともに、本人の事前同意なしには、目的以外の利用や第三者への提供などいたしません。なお利用目的の範囲内で、当院から本人に文書などを送信することを予めご了承ください。