



初診質問票

※太枠内は必ずご記入ください。

フリガナ		☎<自宅>
飼い主様	様	<携帯番号>
ご住所	〒	
お勤め先	<電話番号>	
※ ペット医療の上で重要な決断をしていただく場合、どなたがその決定をなさいますか。 □ご本人 □その他 ( )		※当院を何で知りましたか。 □タウンページ □ホームページ □知り合いから □情報誌で □その他 ( )
ペットのお名前 ちゃん	生年月日 年 月 日	性別 □オス □メス
品種	避妊・去勢手術はしましたか。 □はい ( 年 月 ) □いいえ	

かわいい患者さんに代わってお答えください。

☆いつも住んでいる場所はどこですか。

- 室内のみ □室内(外出自由) □その他( )



☆入手方法は □購入(どちらから ) □自宅で生まれた  
□もらった(お名前 様より) □拾った

☆ワクチン接種はしていますか。

- いいえ □はい(ワクチンの種類・接種時期もお答えください)  
□6種混合ワクチン( 年 月)  
□7種混合ワクチン( 年 月)  
□( )種混合ワクチン( 年 月)  
□狂犬病ワクチン( 年 月)

☆ワクチンでアレルギーなど異常が見られたことはありますか。

- はい □いいえ

※裏面もご記入ください。

