

初 診 問 診 表

受付日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

言葉が話せない 動物に代わって、お答えください。

〒

保護者氏名：^{ふりがな} _____ 様 住所： _____

電話番号： _____ 緊急連絡先： _____

ペット名： _____ ちゃん お誕生日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

性別： 男の子 女の子 不明

種類： ハムスター 鳥 ウサギ フェレット ブタ その他

品種： _____ 毛色 _____

<1>今日はどうされましたか？

<2>今までに同じ症状で治療した事がありますか？ (はい ・ いいえ)

<3>ワクチンは接種していますか？ (フェレット・ブタ) (はい ・ いいえ)

・ 「はい」と答えた方は、最終接種日とワクチンの種類を記入して下さい

_____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____)

<4>今までに注射・飲み薬によるアレルギー反応を起こしたことはありますか？

(はい ・ いいえ)

・ 「はい」と答えた方は詳しく記入して下さい

(_____)

<5>現在服用しているお薬はありますか？ (はい ・ いいえ)

・ 「はい」と答えた方はどのようなお薬か記入して下さい

(_____)

<6>ペット保険に加入していますか？

【アニコム・アイペット・その他 (_____)】

※アニコム・アイペットに加入の方は保険証をご提示ください

<7>当院をどこで知りましたか？

【ホームページ・近所・看板広告・SNS (Instagram, LINE)・紹介 (_____)・同

居の子・その他 (_____)】

<8>ほかに同居動物の子はいますか？ 【いない】 【いる】 →(_____)