

初 診 問 診 表

受付日： 年 月 日 カルテNO, _____

ふりがな
飼主氏名： _____

ふりがな 〒 -
住所： _____

電話番号： - - 緊急連絡先： - -

ペットの名前： _____ 性別： (オス ・ メス) 生年月日： 年 月 日 (才)
*不明な時は、おおよその年齢を記入して下さい。

種類： 犬 ・ 猫 品種： _____ 毛色： _____

【以下の質問に、お答え下さい。】

〈1〉 今日、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〉 ①混合ワクチンは接種していますか？ (はい ・ いいえ)

②「はい」と答えた方は、最終接種日を記入して下さい。 年 月 日 (種)

〈4〉 ①狂犬病ワクチンは、接種していますか？ (はい ・ いいえ)

②「はい」と答えた方は、最終接種日を記入して下さい。 年 月 日

③保健所への登録はしていますか？ (はい ・ いいえ)

〈5〉 ①今までにワクチンによる、アレルギー反応を起こした事がありますか？ (はい ・ いいえ)

②「はい」と答えた方は、ワクチンの種類と、どのようなアレルギー反応が出たか、記入して下さい。

[_____]

〈6〉 ①今までに注射・飲み薬による、アレルギー反応を起こした事がありますか？ (はい ・ いいえ)

②「はい」と答えた方は、詳しく記入して下さい。

[_____]

〈7〉 ①現在服用しているお薬は、ありますか？ (はい ・ いいえ)

②「はい」と答えた方は、どのようなお薬か記入して下さい。

[_____]

〈8〉 ①去勢・避妊手術はしていますか？ (はい ・ いいえ)

②「はい」と答えた方は、手術した時期を記入して下さい。 (年 月)

〈9〉 ①マイクロチップは挿入されていますか？ (はい ・ いいえ)

②「はい」と答えた方は、マイクロチップナンバーを記入してください。 No, _____

〈10〉 当院をどこで知りましたか？

【ホームページ・看板広告・近所・SNS (Instagram, LINE) ・同居の子・紹介 () ・その他 ()】

〈11〉 ①ペット保険に加入していますか？ (はい ・ いいえ)

②「はい」と答えた方はどちら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。