

問診票



フリガナ	
飼い主様のお名前	
住所	〒 -
電話番号（市外局番から）	- -

ペットのお名前（フリガナ）	
動物種	犬 猫（品種）
性別	オス メス 不明（去勢、避妊手術：未・済）
* 去勢、避妊手術済みの子のみ	年 月 日頃実施
生年月日	年 月 日（確定・推定）
年齢	才 * 誕生日、年齢が不明な場合は推定でかまいません

生活環境	・完全室内飼い ・室外飼い ・内外半々 ・その他（）
入手経路	・ペットショップ ・里親募集 ・知人から ・ブリーダー ・拾った ・その他（）
日常食	・ドライフード（メーカー：） ・缶詰（メーカー：） ・手作り（内容：） ・人間の食べ物（） ・おやつ（） ・その他（）
混合ワクチン	接種済み（種、頃接種） 未接種
狂犬病ワクチン*ワンちゃんのみ	接種済み（頃接種） 未接種
フィラリア予防	予防している 予防していない
マイクロチップ	入っている 入っていない

かかりつけの病院はありますか？	ある（病院名） ない
薬やワクチンなどで異常が出たことや、大きな病気をしたことはありますか？	ある（具体的に） ない
他に飼っている動物はいますか？	いる（犬・猫・鳥・ウサギ・他） いない
動物保険のアニコムに加入していますか？	はい いいえ
本日の来院理由を教えてください （いつから、どのような状態ですか？）	
当院を知ったきっかけを教えてください	・インターネット ・人からの紹介 ・近所に住んでいる ・その他（）