

初診の方へ（問診票）

※お手数ですができるだけ詳しくご記入ください

飼い主様について

フリガナ

氏名： *ペット保険加入済みの方はご契約者名をご記入ください。

住所：〒

連絡先1： 連絡先2：

ご来院の目的と治療検査について

- ① 具合が悪そうだから 予防接種 健康診断 不妊手術の相談 その他
↓ 治療に関して ↓
- ② 必要な検査は全てしてほしい 検査と費用を相談しながら決めていきたい
 検査はあまり望まない

お連れのパットちゃんについて

動物種： 犬 猫 ウサギ ハムスター

種類： 毛色：

名前： 性別： オス 去勢オス メス 避妊メス

年齢： 才 ヶ月（西暦 年 月 日生まれ）

飼育開始日：西暦 年 月 日

入手方法： ペットショップ ブリーダー 知人より 保護 その他

マイクロチップ： 有り 無し わからない

ペット保険加入の有無： 有り（保険会社：） なし

ワクチン接種： 有り（ 年 月頃 種混合） 無し

狂犬病予防接種： 有り（ 年 月頃） 無し

フィラリア予防： 有り 無し

性格 人なつっこい 怖がりさん 大人しい 怒りっぽい その他（ ）

差し支えなければ、当院をお知りになったきっかけをお教えてください。

インターネット（ホームページ含む） インスタグラム 広告 看板 その他

知人の紹介（ご紹介者名） ご協力ありがとうございました。