〈　　〉

問診票

＊治療の参考にさせて頂きますので、書ける範囲でご記入ください。

年　　月　　日

住所	〒		
フリガナ		家族数	所帯主のご職業
飼い主氏名		人	
電話番号		当院をどのようにお知りになりましたか？ □ご紹介（　　様） □ホームページ　□インターネット □その他（　　）	
緊急連絡先			

ペットの名前			種類	犬　・　猫	
生年月日	年　月　日		性別	オス　・　メス	
品種		毛色		マイクロチップ	入っている　・　入っていない
去勢・避妊手術	している（　才の時）・ していない ・ 希望する			入手方法	ペットショップ(購入先：　　) ブリーダー・ 知人から・ 保護した・ その他
同居動物	いる（具体的に　　）・ いない		犬猫の飼育経験	ある　・　ない	
食事	□市販（ドライ・缶詰・その他）⇒商品名（　　）　□手作りごはん（　　） □病院食（治療食）⇒商品名（　　）　□その他（　　）				
ワクチン接種歴	□犬7種混合　□犬5種混合 □猫3種混合 □その他（　　） ＊最後の接種　年　月		（犬のみ） 狂犬病予防接種	している　・　していない （最終接種日　年　月）	
			（犬のみ） フィラリア予防	している　・　していない （飲んでいる薬　　）	
ペット保険に加入している方 （保険会社：　　）			（猫のみ） ウイルス検査	したことがある　・　したことはない	
性格	社交的 ・ 臆病 ・ 狂暴 ・その他（　　）				

★　病歴があればご記入ください。

［　　］

★　服用中のお薬があればご記入ください。

［　　］

★　本日はどうなさいましたか？

［　　］

HIBARI VETERINARY CLINIC