

No. _____

初診問診票

年 月 日

飼い主様について

ふりがな		ご住所 〒	
お名前			
お電話番号		ご職業	
当院をどこで 知りましたか？	☐ ネット検索 ☐ SNS ☐ 直接当院を発見した ☐ 広告 ☐ 紹介 ☐ その他 ()		

※飼い主様の個人情報は診察・治療・入退院管理・請求業務などの病院事務に使用し、第三者に対して同意なしに個人情報を提供することはございません。

ペットについて

ふりがな		種類	品種
お名前 ちゃん		☐ 犬 ☐ 猫	
生年月日	年 月 日 生まれ (歳)		
性別	☐ オス ☐ 去勢オス ☐ メス ☐ 避妊メス ☐ 不明		
ペット保険	☐ 有 (保険会社名 :) * 受付に保険証をお出しください。 ☐ 無		
予防について	☐ フィラリア ☐ ノミ・ダニ ☐ 狂犬病 (年 月) ☐ 混合ワクチン (種) (年 月)		

● 本日の来院理由

☐ 健康診断 ☐ 混合ワクチン ☐ 狂犬病ワクチン ☐ 具合が悪い ☐ その他

→ ご相談内容・症状などを、なるべく具体的にご記入ください。

● 今までに病気・ケガ・手術をしたことがありますか？

☐ ある ☐ ない ☐ 不明

→ ある場合、いつ頃どのような病気・ケガ・手術をしたのか具体的にご記入ください。



横浜上永谷あお動物病院