

# 問診票

フリガナ 飼主氏名	電話番号 自宅 携帯電話		
フリガナ 住所 〒			
フリガナ 動物のなまえ	種類(トイ・プードル、日本猫など)		
動物の生年月日 西暦 年 月 日	動物種 イヌ・ネコ	性別 オス・メス・不明	避妊・去勢 未・済・不明
予防歴(現在行っているものを○で囲んでください) フィラリア予防・混合ワクチン・狂犬病予防接種・ノミダニ予防			

・本日はどうされましたか？

( )

・それはいつ頃からですか？

( )

・当院でどのような診療を希望されますか？チェックを入れてください

- できるだけ検査は行わず、最低限の治療を行いたい
- 必要最低限の検査・治療を行いたい
- 高水準の検査・治療を行いたいが、費用は相談して決めたい
- 費用にかかわらず、医学的に高水準の検査・治療を行いたい

・獣医師のご希望はありますか？チェックを入れてください

- なし
- あり(獣医師の名前 )

・当院をどのようにして知られましたか？(該当するものを○で囲んでください)

インターネット(PC/スマートフォン)・チラシ・通り道・紹介(紹介者名: )・その他

・ペット保険に加入されていますか？

加入していない ・ 加入している (保険の名前 : )