

初診問診票

飼主様氏名：^{ふりがな} _____ 様

ご住所：〒 _____

お電話番号： _____

緊急連絡先： _____

ペットのお名前： _____

種類と品種： 犬・猫 【品種： _____】

性別： おす【去勢： 未・済】 めす【避妊： 未・済】

飼育環境： 室内・屋外・その他(_____)

生年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

家に来た日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

予 防

狂犬病注射： 接種済・未接種

↳ _____ 年 _____ 月に接種

さいたま市への登録： 済・未

混合ワクチン： 接種済・未接種

↳ _____ 年 _____ 月に接種

_____ 種混合ワクチン

フィラリア： 投薬済・未投薬

↳ _____ 月～ _____ 月まで投薬

(錠剤・粉・チュアブル・スポット剤・注射)

ノミ・ダニ： 投薬済・未投薬

食 事

食事の回数： 1日 _____ 回

食事の種類： 手作り・ドッグフード(ドライ・半生・ウェット)

おやつの種類： [_____]

症状・病歴

* 今回はどのような症状ですか？

[_____]

* いつ頃からですか？

[_____]

* 他の病院で治療を受けましたか？

はい・いいえ

↳ どのような治療でしたか？

[_____]

* 今までに大きな病気や怪我をした事がありますか？

[_____]

* 薬や食べ物などのアレルギーはありますか？

はい・いいえ

↳ 種類，症状 [_____]