



初診 問診票



飼主さん情報 (家族の代表者)		ふりがな			
		漢字			
電話番号				緊急電話番号	
住所		郵便番号	-		鹿児島県内・県外 ()
<input type="checkbox"/> ワンちゃん <input type="checkbox"/> ネコちゃん		情報	名前	ふりがな	
生年月日		年	月	日	不明の場合 推定 才
性別	オス	メス	去勢 避妊	している していない	品種
毛色					
本日のご来院理由					
予防確認					
狂犬病予防接種 (役所からお知らせ)		<input type="checkbox"/> 今年済(月) <input type="checkbox"/> __年前に受けた		<input type="checkbox"/> 猶予書を出した	
混合ワクチン履歴 (1年毎の伝染病予防)		<input type="checkbox"/> 毎年受けている (__種混合) <input type="checkbox"/> __年前に受けた		<input type="checkbox"/> 受けたことが無い	
フィラリア予防歴 (心臓の寄生虫)		<input type="checkbox"/> 毎月欠かさず使用 <input type="checkbox"/> 時々予防している		<input type="checkbox"/> 予防していない	
※時々予防している方へご確認		最後に予防した時期：__年__月頃			
ノミ・ダニ予防歴 (毎月予防)		<input type="checkbox"/> 毎月欠かさず使用 <input type="checkbox"/> 時々予防している		<input type="checkbox"/> 予防していない	
		薬は動物病院で購入しましたか？		はい・いいえ	

《アンケートにご協力ください》

- ①ご来院のきっかけ 知人の紹介 ネットの口コミ ホームページ 通りすがり
インスタグラム 市役所電子広告 ラジオ 以前から通ってる

②キャンペーン情報やワクチン時期などの案内を送付してもよろしいでしょうか？ はいいいえ

③供血犬・猫パートナーを募集しています。供血パートナーに興味がありますか？ はいいいえ

ご記入ありがとうございました。

保険証や、今までの診察記録・常備薬をお持ちの場合、受付スタッフまでお知らせ下さい。

ゆいの島どうぶつ病院