・・・問診票・・・

＊飼い主様＊

フリガナ	フリガナ	
氏名	ご住所　〒	
電話番号	緊急連絡先	ご職業
当院をどちらでお知りになりましたか？ 1.通りがかり　2.インターネット　3.電話帳　4.チラシ　5.ご紹介（　　様）		

＊動物さんについて＊

お名前	品種	毛色
生年月日 年　月　日生まれ	性別 □オス　□メス　□去勢オス　□避妊メス　□不明	

入手方法	□買った　□もらった　□拾った　□自宅で生まれた
いつもいる場所は？	□ケージ内のみ　□室内放し飼い　□屋外ケージ
ほかに同居動物はいますか？	□はい　⇒　種類と頭数（　　） □いいえ
いつも何を食べていますか？	□市販（ペレット・牧草）⇒商品名（　　） □その他（具体的に）

＊フェレットの方のみお答えください

ジステンパーワクチンは接種してありますか？	□はい　いつ頃？⇒（　　頃） □いいえ

＊フェレットの方のみお答えください

フィラリア予防はしていますか？	□はい　□いいえ

本日のご来院目的は？	□健康診断　□ワクチン　□具合が悪い　□その他
症状	

今までに病気の治療をしたことはありますか？	□いいえ □はい　⇒　いつ頃、どんな？

何かご希望があればご記入ください

ワクチンのお知らせをお送りしてもいいですか？	□はい　□いいえ
メールでご希望の方　⇒	@

当院は個人情報保護法に基づき、ここに記載された個人情報を適切に管理し、医療目的のみに利用するとともに、本人の承諾なしには目的外の使用や第三者への提供は致しません。