

年 月 日

初診問診票

◎飼い主様

住所	〒		
氏名	フリガナ		
電話番号		緊急連絡先	
メールアドレス		DMをお送りしてもよろしいですか？	はい・いいえ

◎ワンちゃんについて

お名前		生年月日	西暦 年 月 日
品種		毛色	
性別	オス・メス	去勢、避妊手術はしていますか？	はい・いいえ 実施日：西暦 年 月

ペット保険に加入していますか？	アニコム・アイペット・その他・いいえ
-----------------	--------------------

マイクロチップは入っていますか？	はい・いいえ
------------------	--------

ワクチン接種はしていますか？	◆狂犬病ワクチン はい ⇒いつ頃ですか？（西暦 年 月頃）・いいえ・不明
	◆混合ワクチン（ 種） はい ⇒いつ頃ですか？（西暦 年 月頃）・いいえ・不明

フィラリア症の予防はしていますか？	はい ⇒（ 内服薬・外用薬・注射 ）・いいえ・不明 最終投薬期間 西暦 年 月～ 月 / 最終注射日 西暦 年 月頃
-------------------	---

ノミ・ダニ予防はしていますか？	はい ⇒（ 内服薬・外用薬 ）・いいえ・不明
	最終投薬期間 西暦 年 月～ 月

続いて2枚目もご記入ください。

