



初診問診票

ご記入日 年 月 日

ふりがな

飼い主名： 様

〒

ご住所：

ご連絡先： ご自宅・携帯 () -

動物名： ちゃん

種類： 犬・猫・フェレット・うさぎ・ハムスター・鳥・その他 ()

品種： 毛色：

動物の生年月日： 年 月 日 (才)

性別：オス・メス 去勢済み・避妊済み (手術実施日 年 月 頃)

以下の当てはまる欄にチェックをいれ、質問にお答えください

- 過去に他の動物で当院に来院されたことはありますか？
 はい → お名前もしくは診察券番号をご記入ください ()
 いいえ
- ワクチンは接種していますか？
 はい → 混合ワクチン(最後 年 月 日) / 狂犬病(最後 年 月 日)
 いいえ
- フィラリア予防はしていますか？
 はい
 いいえ
- 今まで病気やケガはした事がありますか？
 はい → 病名もしくは症状 ()
 いいえ
- ペット保険にはご加入されていますか？
 はい → アニコム / アイペット / その他 ()
 いいえ

※お手数ですが裏面にもご記入お願いいたします

- 本日の来院理由をお教えてください

- 当院では一般診療の中で代替医療、自然療法など様々な治療法を取り入れております。

下記の中で、ご希望の治療法はございますか？

- 特になし
 - ホメオパシー、ホモトキシコロジーを主体とした療法
 - オゾン療法
 - 鍼灸（しんきゅう）療法
 - タカダイオン療法
 - フラワーエッセンス療法
 - 行動療法
 - 説明を受けてみたい

- 当院を受診したきっかけは何でしょうか？

- 近所
 - ホームページ
 - 紹介 → ご紹介者名（ ）
 - その他 （ ）

- その他ご心配な事がありましたら、ご記入ください
