No.

初診問診票

西暦　　年　月　日

● 飼い主様情報

ご来院ありがとうございます。太枠内をわかる範囲でご記入ください

フリガナ お名前		電話番号 携帯番号	
ご住所	〒　　- □日野町		
当院を知ったきっかけ	□看板・外観を見て　□近所・通りすがり　□チラシを見て　□SNS を見て □新しい子　□以前通っていた　□以前原田が診察していた子　□セカンドオピニオン □ご紹介（他の飼い主様・他院） 様　　ちゃん　　病院		

● わんちゃんについて

フリガナ お名前		品種		毛色	
性別	□オス　□メス　□不明	避妊・去勢	□未□済（　年　月頃）		
生年月日	西暦　年　月　日（　）歳				
マイクロチップ	□有（　年）　□無				
保険	□未加入　□加入済 【□アニコム　□アイペット　□その他　　】				
予防	□混合ワクチン（　種　最終接種日：西暦　年　月頃） □狂犬病ワクチン（最終接種日：西暦　年　月頃） □フィラリア（予防薬の種類　　） □ノミ・ダニ（予防薬の種類　　） □ワクチン抗体価検査（西暦　年　月頃）				
飼育環境	□常に室内　□室内と屋外　□屋外				
食事	□ドライフード　□ウェットフード　□おやつ　種類（　） □人間の食べ物　□手作り食				
同居動物	□犬（　頭）　□猫（　頭）　□その他（　）				
性格	□大人しい～普通　□神経質　□攻撃的　□人が苦手　□動物が苦手　□その他（　）				

● 本日の来院理由

来院理由	□予防（□狂犬病□混合ワクチン□フィラリア□ノミ・ダニ） □診察(下枠ご記入ください)　□健康診断 □その他（　）
(診察の方)今日どうされましたか？	

犬猫専門診療
いろ動物病院