問診票

来院日　西暦　　年　　月　　日

飼い主様のお名前	ふりがな	電話番号	電話番号（　　－　　－　　）
			携帯電話（　　－　　－　　）
ご住所	〒 都・道　府・県　　市・区　町・村		

ペットのお名前	ちゃん	ペット保険	加入 ・ 未加入 加入している方のみお答えください↓ アニコム ・ アイペット ・ その他（　　） ※保険証は本書と併せて受付にご提示ください
品種			
毛色			
生年月日	西暦　　年　　月　　日（　　歳）	飼育環境	室内 ・ 室外 ・ 室内外
性別	オス・去勢オス　/　メス・避妊メス		

同居動物	いる【犬（　　）頭 ・ 猫（　　）頭 ・ うさぎ ・ ハムスター ・ その他（　　）】/ いない
食事	一般食（商品名　　ドライ ・ 缶詰）
	処方食（商品名　　ドライ ・ 缶詰）
	手作り食（具体的に　　）

狂犬病ワクチン	接種済み　（最終接種日　　年　　月　　日）・ 未接種
混合ワクチン	接種済み　（最終接種日　　年　　月　　日）・ 未接種
	→ 接種済み と答えられた方は 何種 を接種しましたか？　（　　）種

フィラリア予防	している（商品名：　　）・ していない
ノミ・ダニ予防	している（商品名：　　）・ していない
アレルギー	あり / なし　（「あり」と答えられた方は 食物名 ・ 薬剤名 と 症状 を教えてください）

既往歴（手術歴含む）	（　　年　　月）（病名：　　）
	（　　年　　月）（病名：　　）
	（　　年　　月）（病名：　　）

今日はどうされましたか？ 又、いつ頃からですか？（具体的にご記入お願いします）	何か飲んでいるお薬はありますか？ はい / いいえ （はい と答えられた方は お薬の名前 と 飲み方 を教えてください）

来院のきっかけ	ホームページ / ご近所 ・ 知人の紹介（　　ちゃん）/ その他（　　） 紹介病院（　　）様（　　）先生 ※紹介状 ・ 検査結果をお持ちの方は受付に提出してください

ありがとうございました。 お手数ですが受付までお願い致します。

アトム動物病院 動物呼吸器病センター