


問 診 カ ー ド

ふりがな

飼主氏名

住所 

電話

緊急連絡先

患者名

♂・♀ 犬・猫 品種

誕生日

年

月

日

毛色

・主な生活場所は？ 室内・ケージ・屋外・主に室内で外出自由

・他の動物病院で診察を受けたことは？ (はい・いいえ)

“はい”の場合 (いつ頃？)

(理由？)

・ワクチンを接種してありますか？ (はい・いいえ)

“はい”の場合 (種類？)

(接種時期？)

・フィラリアの予防をしていますか？ (はい・いいえ)

“はい”の場合 (具体的な方法？)

・不妊手術 (避妊・去勢) はしてありますか？ (はい・いいえ)

“はい”の場合 (いつしましたか？)

“いいえ”の場合 (♀最後の発情はいつですか？)

・本日の来院理由は？