



# 問診票



シンシア SINCERE  
アニマルクリニック ANIMAL CLINIC

年 月 日

## 飼い主様の情報

フリガナ お名前	様	ご連絡先	自宅 携帯
ご住所	〒		
メールアドレス			
ペット保険	未加入・加入（アニコム・アイペット・その他（ ））		

## ペットの情報

お名前	ちゃん	生年月日	年 月 日（歳）		
性別	オス・メス	去勢・避妊	未・済	品種	毛色

## 本日はどうされましたか？

具合が悪い・定期健診・ワクチン/予防・健康診断・手術・相談・ホテル・トリミング
具合が悪い場合、いつからどんな様子か出来る限り詳しく教えてください。

## 当てはまる項目に○をつけてご記入ください。

どのような経緯でおうちにきましたか？ 自宅生まれ・譲り受けた・ブリーダーから・ペットショップから・拾った

いつもいる場所は？ 室内・室内のケージ・出入り自由・その他（ ）

どんな食事をしていますか？ ドライフード（メーカーまたは商品名）

ウェットフード（メーカーまたは商品名）

その他（種類）

ほかに動物は飼っていますか？ はい・いいえ はいの場合：犬・猫・その他（ ） 合計 頭

定期的な予防接種は受けていますか？ 毎年している（狂犬病： 年 月 日）

（混合ワクチン： 年 月 日 種混合）

うけたことはない・最近はしていない

わからない

フィリアの予防はしていますか？ はい（予防薬名）・いいえ・わからない

ノミ・マダニの予防はしていますか？ はい（予防薬名）・いいえ・わからない

今までに病気やケガをしたことはありますか？ はい（いつ頃、どんな？）

いいえ・わからない

ワクチンや薬で副作用が出たことはありますか？ はい（薬品名）

いいえ

当院をお知りになったきっかけは？ 知人の紹介（ 様 ちゃん）・近所/通りがかり・看板・広告

インターネット（ホームページ・SNS・その他（ ））・その他（ ）

当院からDM（予防や健康診断などのご案内）をお送りしてもよろしいですか？ はい・いいえ

ご協力ありがとうございました。