

# ハートランド動物病院 問診票



ふりがな \_\_\_\_\_  
 飼い主名 \_\_\_\_\_ 様  
 住所 〒 \_\_\_\_\_

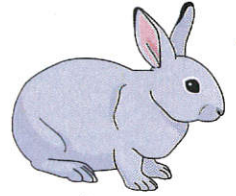
自宅電話番号: \_\_\_\_\_  
 携帯電話番号: \_\_\_\_\_



動物名: \_\_\_\_\_ ちゃん  
 種類: 犬・猫・フェレット・ウサギ・ハムスター・鳥・その他( \_\_\_\_\_ )  
 品種: \_\_\_\_\_ 毛色 \_\_\_\_\_  
 生年月日: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ( \_\_\_\_\_ ) 才



性別: オス・メス \_\_\_\_\_ 避妊・去勢手術の有無: 無 有( \_\_\_\_\_ ) ころ



◎□の項目に当てはまる答えに✓を入れて下さい。

\* 今日の来院理由をお聞かせ下さい。

- 外科       内科       皮膚       眼       歯       予防など  
 (怪我をしたなど) (お腹が痛いなど)  
 その他

\* 選択した項目を詳細に書いて下さい。

○当病院にて他の動物で来院されたことはありますか？

- はい      答えになった方: 診察券番号をご記入下さい (No. \_\_\_\_\_ )  
 いいえ

○ワクチンは接種していますか？

- はい      種類: \_\_\_\_\_ 種      最終接種日      年      月      日  
 いいえ

\* 恐れ入りますが 2 枚目もご記入くださいませ。\*

○飼育環境について 室内のみ 屋外のみ 室内外両方

○フィラリア予防はしていますか？解る範囲で構いません。

はい ( 年 月～ 月まで 薬品名: )  
いいえ

○ノミ・マダニの予防はしていますか？

はい ( 年 月～ 月まで 薬品名: )  
いいえ

○現在特別な薬や食事を与えていますか？

はい (薬品名: 食事: 理由: )  
いいえ

○今までに注射や薬などで具合が悪くなったことはありますか？

はい 具体的な症状: \_\_\_\_\_  
いいえ

○今現在同居している動物は他にいますか？

はい 動物の種類と頭数: \_\_\_\_\_  
いいえ

○動物保険に加入していますか？

はい 保険会社名: \_\_\_\_\_

○当病院は何で知りましたか？

ホームページ 地域新聞 知人の紹介( \_\_\_\_\_ さん)  
看板 通りがかり その他( \_\_\_\_\_ )  
ペットショップ・ブリーダー  
( \_\_\_\_\_ )

ご記入有難うございました。

動物保険証と一緒にこの問診票とともに受付にご提示くださいませ。

