

問診票 犬 年 月 日

フリガナ

飼い主様

氏名 _____ 様 電話番号 () _____
〒 _____

住所 _____

ワンちゃん

名前 _____ ちゃん 品種 _____ 性別 オス メス

生年月日 _____ 年 月 日 毛色 _____

1. ワクチンは接種していますか？

- ① はい …… 5種 7種 それ以外 ()
② いいえ

2. 不妊手術はしましたか？

- ① はい …… それはいつ頃ですか？ ()
② いいえ

3. フィラリアの予防はしていますか？

- ① はい
② いいえ

4. ノミ ダニの予防はしていますか？

- ① はい
② いいえ

5. 今までに大きい病気をした事がありますか？

- ① はい …… どんな病気ですか？ ()
② いいえ

6. 現在なにかお薬を飲んでいますか？

- ① はい …… どんな薬ですか？ ()
② いいえ

7. 今までにお薬でショックなどの異常が見られた事がありますか？

- ① はい …… どんな薬でしたか？ ()
② いいえ

8. 本日はどうされましたか？

--