

年 月 日



# 初診質問票



フリガナ お名前		ご住所	〒			
電話番号	自宅: - - 携帯: - -	ペット名		動物種	犬 猫 その他( )	
品種		性別	オス (去勢: 済・未) メス (避妊: 済・未)	年齢	( 年 月 日 生)	紹介者
1.いつお家に来ましたか? ( )						
2.いつも住んでいる場所は? 室内 外出自由 室外(庭)						
3.病気の予防について						
●狂犬病予防接種(わんちゃんのみ): はい いいえ						
●混合ワクチン: はい ( 種 年 月に接種) いいえ						
●フィラリア予防: はい いいえ						
4.いままでに病気になったことはありますか? はい( ) いいえ						
5.本日の来院は? 具合が悪そうだから(症状: ) 健康チェック・相談 その他( )						



〒483-8335 愛知県江南市前飛保町寺前 99 番地  
**藤ヶ丘動物クリニック**  
TEL: 0587-81-4113 FAX: 0587-81-4119