



# FAX: 04-2941-6308

## 初診問診票 (わかる範囲でご記入ください)

飼い主様	ふりがな	
	お名前	
	ご住所	〒
	TEL	

ペット	ふりがな		性別	避妊去勢
	名前		♂ ・ ♀	未 ・ 済
	犬 or 猫	品種	色	
	生年月日			
	現在食べているフード			

- ① ご来院予定日 \_\_\_\_\_
- ② ご来院の目的を簡単にご記入ください。(例; ワクチン、爪きり、診察etc...)  
\_\_\_\_\_
- ③ 今までに病気をしたことがありますか?  
\_\_\_\_\_
- ④ 注射などでアレルギーを起こしたことはありますか?  
ない ・ ある \_\_\_\_\_
- ⑤ 保険にご加入されていますか?  
ない ・ ある → アニコム ・ その他 ( \_\_\_\_\_ )
- ⑥ 当院へ来院する際の交通手段はなんですか?  
徒歩 ・ 自転車 ・ 車 ・ 電車  
その他 ( \_\_\_\_\_ )
- ⑦ 当院からお知らせなどをお送りしてもよろしいですか?  
はい ・ いない

**ご協力ありがとうございます。お気をつけてご来院ください。**



きら星動物病院