初診問診票

当院で受診して頂くにあたり、患者様についてお聞かせください。
下記の質問にご記入またはあてはまる項目に〇印でお答えください。
お答えできる範囲・分かる範囲で結構です。（※は必須項目）

フリガナ ※オーナー様氏名	
※住所	〒　　－
※電話番号	（緊急連絡先：　　）
※ペット名	
※動物種	犬　・　猫　・　ウサギ　・　フェレット　・　ハムスター
※種類	
毛色	
性別	オス　・　メス　・　去勢手術済み　・　避妊手術済み （手術実施日　　年　　月　　日）
生年月日	年　　月　　日生まれ（　　歳　　ヶ月）
保険加入	無し　・　有り（会社名：　　保険番号：　　）
生活範囲	完全屋内　・　散歩程度外出　・　自由に外出　・　完全室外
食事の種類 (おやつも含む)	
混合ワクチン接種	無し　・　有り（　　年　　月　　日）

★ワンちゃんのオーナー様のみお答えください★

＊狂犬病ワクチン：　無し　・　有り（　　年　　月　　日）

＊狂犬病登録　：　無し　・　有り（登録番号　　）

－すぐにわかる場合のみで結構です－

＊フィラリア予防：　無し　・　有り（　　年　　月　　日）

※本日の受診理由

その他ご質問、ご要望あればご記入ください。

ルーチェ動物病院　獣医師 坪井幸博
大阪府堺市南区原山台５－１３－３　　℡０７２－３５０－２７７８