京都動物医療センター
KYOTO ANIMAL MEDICAL CENTER

問　診　票

No.

● 飼主様情報

年　　月　　日

フリガナ		フリガナ			
お名前		住所	〒		
電話		緊急連絡先		ご職業	
mail				ご紹介病院	

● 動物さん情報

お名前		動物種		性別	オス　・　メス （不妊手術　未　・　済　）
生年月日	年　　月　　日	品種		毛色	
同居動物		性格	☐ 大人しい　☐ 人懐っこい　☐ 恐がり　☐ 怒りっぽい ☐ その他（　　）		

● 今の症状について

症状	（例：下痢、嘔吐をする）		
いつ	（例：昨日の晩から、以前にも同じ症状が出たことがある）	環境の変化	（例：いつもと違うフードを与えた）

● その他（わからないものは無記入でかまいません）

1. いつも食べているものは何ですか？
☐ ドライ　☐ 缶詰め
☐ その他　（　　）

2. 生活場所はどこですか？
☐ 室内のみ　☐ 室外のみ　☐ 両方

3. 動物健康保険に加入されていますか？
☐ はい　（お持ちであれば受付時に窓口で提示してください）
☐ いいえ

4. マイクロチップは入っていますか？
☐ はい　（番号　　）
☐ いいえ

5. ワクチン接種はしていますか？
☐ はい　（狂犬病　・　＿＿＿　種混合　・　その他）
☐ いいえ

6. フィラリア予防はしていますか？
☐ はい　☐ いいえ

7. ノミ・ダニ予防はしていますか？
☐ はい　☐ いいえ

8. 今までに注射やお薬で異常がありましたか？
☐ はい　→（　　）
☐ いいえ

※ ご記入頂きました個人情報については、当院での業務でのみ使用します。
警察等の行政・司法機関からの要請をがあった場合を除き、ご本人の同意がない限り第三者へは提供いたしません。