



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 (歳)	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 ()

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

2. 生活場所はどこですか？

- ☐ 室内のみ ☐ 室外のみ ☐ 両方

6. フィラリア予防はしていますか？

- ☐ はい ☐ いいえ

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

7. ノミ・ダニ予防はしていますか？

- ☐ はい ☐ 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

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。