

問診票



岡崎病院
〒444-0823 愛知県岡崎市上地 3-18-7
TEL：0564-84-5592
豊橋病院
〒441-8113 愛知県豊橋市西幸町字笠松 61-5
TEL：0532-46-5592

フリガナ：
飼い主様のお名前： _____ ご職業： _____

ご住所 〒 _____

TEL（固定電話）： _____ TEL（携帯電話）： _____

今後、当院より、ハガキでご案内をさせていただいてもよろしいでしょうか？

はい ・ いいえ

フリガナ：
ペットのお名前： _____ 犬・猫・その他（ _____ ）

正確なお誕生日がご不明な場合は
おおよその年齢をご記入ください。

生年月日： _____（ _____ 歳） 性別： オス ・ メス ・ 不明

種類： _____

（毛色： _____）

（避妊・去勢手術：済・未）

ペット保険（アニコム・アイペットなど）にご加入しておられますか？

はい ・ いいえ

今日はどうされましたか？

予防のためのご来院

- | | |
|----------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 混合ワクチン | <input type="checkbox"/> 狂犬病ワクチンの接種 |
| <input type="checkbox"/> フィラリア予防 | <input type="checkbox"/> ノミ・ダニの予防 |

病気（症状）について

- | | | |
|---|--------------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 体を痒がる（場所： _____） | | |
| <input type="checkbox"/> 体を痛がる（場所： _____） | | |
| <input type="checkbox"/> 元気がない | <input type="checkbox"/> 食欲がない | <input type="checkbox"/> 下痢をする |
| <input type="checkbox"/> 嘔吐をする | <input type="checkbox"/> その他（ _____） | |

いつからですか？ _____ から

～ご記入をありがとうございました。～