

ケントペットクリニック初診時間診票

ご来院ありがとうございます。お分りの範囲で結構ですので、ご回答をお願いします。

フリガナ

市町村以降

お名前：

ご住所：〒

お電話（ご自宅）：

お電話（緊急用）：

フリガナ
動物のお名前：

品種：

生年月日：西暦 年 月 日 性別：オス/去勢済みオス/メス/不妊済みメス

一緒に暮らし始めた日：西暦 年 月 日

同居動物：無・有（犬 匹/猫 匹/その他 匹）

ペット保険：無・有（保険会社名： ）

・本日はどうされましたか？ ①具合が悪い（具体的に）：

②健康診断 ③ワクチンなど各種予防 ④相談したい ⑤セカンドオピニオン

・普段の生活環境

①室内のみ ②外出は散歩のみ ③室内外両方

④屋外 ⑤飼っているわけではない

・食事内容

①ドライフード（ ） ②ドライ&ウェットフード（ ）

③ウェットフード（ ） ④その他（ ）

・おやつ

①あげている（ ） ②あげていない

・お家に来た経緯

①買った：ショップ/ブリーダー名（ ） ②もらった

③家で生まれた ④保護した

・ワクチン接種

①狂犬病ワクチン ②混合ワクチン（ 種混合） ③未接種

・フィラリア症予防

①注射 ②内服 ③スポット ④していない

・ノミ・ダニ駆除

①内服 ②スポット ③していない

・ワクチン・薬・食べ物で合わないものがありますか？ ①ない ②ある：

・今までに大きな病気や怪我をしたことがありますか？ ①ない ②ある：

・当院をどのようにしてお知りになりましたか？ ①ご紹介：（ ）様 ②通りがかり・近く

③インターネット（ ） ④その他（ ）

・当院から予防等の案内をお送りしてもよろしいでしょうか？ ①はい ②いいえ

※ご関心があることをお聞かせください。

①予防医療 ②不妊・去勢手術

A：ワクチン ③食事やおやつ

B：フィラリア ④ダイエット

C：ノミ・ダニ ⑤歯磨き

D：健康診断 ⑥その他

E：その他（ ）（ ）

※この子がお家に来た時のエピソードや、
診療へのご希望など、
ご自由にお書きください。

ご協力ありがとうございました。