どうぶつの総合病院
専門医療＆救急センター

飼主様問診票

● 飼い主様のお名前：※ふりがなもお書き添えください

● ご住所：〒

● 電話番号：（　　—　　）　● FAX 番号：（　　—　　）

● 緊急連絡先：（　　—　　）

● ペットのお名前：

● 品種：　　● 年齢：　　歳齢（　　年　　月　　日生まれ）

● 性別：　オス ・ 去勢済みオス ・ メス ・ 避妊済みメス（手術　　）　日　　月　　年

以下のご質問にわかる範囲で答えて下さい。（該当する□に印をして下さい）

● 今まで病気になったことはありますか？　□ はい　□いいえ

病名：　　いつ頃：

● 交通事故、その他大きなケガをしたことはありますか？　□ はい　□いいえ

どんなケガでしたか？：　　いつ頃：

● 今までに注射などでショック、その他の異常が見られたことがありますか？　□ はい　□いいえ

具体的に：

● 今回の来院理由、現在の主な症状はなんですか？

● それはいつからですか？

● その他気になることはありますか？