

さくらペットクリニック初診問診票

言葉を話せない動物たちの代わりにお答えください。

初診日

年

月

日

フリガナ			
飼い主様お名前	様		
フリガナ			
ご住所			
お電話番号	ご自宅		緊急
Emailアドレス	@		
動物さんのお名前	ちゃん	動物種	犬・猫・鳥・その他()
品種		カラー	
生年月日	年	月	日(才) 性別(男の子・女の子去勢/避妊(未・済))
飼育場所(室内・屋外・ケージ)	入手方法	(ペットショップ・ブリーダー・知人から・保護動物)	
来院理由			
※今までに大きな病気にかかったことはありますか？(ある場合、時期と病名をご記入ください)			
※ワクチンでアレルギー反応が出たことはありますか？			
※同居の動物さんはいますか？			
※動物保険に加入していますか？ <input type="checkbox"/> YES→(保険会社をご記入ください) <input type="checkbox"/> NO			
※当院からのDMをお送りしてよろしいでしょうか？(はい・いいえ)			
当院を何でお知りになりましたか？(差し支えなければお答えください。) <input type="checkbox"/> インターネット <input type="checkbox"/> 知人・友人の紹介 <input type="checkbox"/> 通りがかり <input type="checkbox"/> その他()			

ご記入ありがとうございました。