



# 問診票

## 【診療依頼者】

ご記入日： 年 月 日

(フリガナ)		ご職業
飼い主様名		
ご住所 〒		
電話番号 (ご自宅)	緊急連絡先	
主治医病院名		
当院来院歴 有 ・ 無		

## 【診療依頼する動物】

(フリガナ)		種 類 犬 ・ 猫
動 物 名 ちゃん		
品 種		毛 色
生年月日 年 月 日	飼育開始 年 月 日	
性 別 オス ・ 去勢/オス メス ・ 避妊/メス	飼育場所 室内 ・ 室外	
マイクロチップ 有 ・ 無	性 格	
同居動物 有 ( 犬 ・ 猫 ・ その他 ) ・ 無	同居動物の来院歴 有 ・ 無	
ペット保険 有 ( アニコム ・ アイペット ・ その他 ) ・ 無		
※保険証、保険金請求用記入書類をお持ちの方は、問診票と併せて受付にご掲示下さい		

## 【既往歴】

手術歴 (去勢・避妊を除く) 有 ( ) ・ 無	アレルギー 有 ( ) ・ 無
伝染病 有 ( ) ・ 無	そ の 他
声帯切除 有 ・ 無	輸 血 歴 有 ・ 無

## 【予防歴】

狂犬病予防 有 (最終 年 月) ・ 無 ・ 不明	混合ワクチン 有 (最終 年 月) ・ 無 ・ 不明
フィラリア予防 有 (最終 年 月) ・ 無 ・ 不明	ノミ予防 有 (最終 年 月) ・ 無 ・ 不明

その他、何かございましたらご記入ください

ご記入有難うございます

- ・ 上記、記入内容は個人情報保護法に基づき診療に関わる業務以外には使用いたしません
- ・ 患者情報及びその検査データ (各種検査結果、画像、その他) を同じ病気で苦しむ患者動物の治療のため、学会発表等に使用させて頂く場合がございます
- ・ 紹介病院様に診察及び各種検査、手術データをご報告させていただきます。
- ・ ご意見、ご要望がございましたら、受付までお申し付けください。

何卒、ご理解、ご協力をお願いいたします



ネオベッツVRセンター

当院記入欄 : カテNO. \_\_\_\_\_ 担当獣医師 \_\_\_\_\_