

問 | 診 | 票

Interview sheet



【飼主様情報】

フリガナ	〒	-	
お名前	住 所	都・道 府・県	
※ ペット保険加入者の方はご契約者名をご記入ください			
第一連絡先 お名前 (カナ)	()	第二連絡先 お名前 (カナ)	() 職業
当院をどこで最初に 知りましたか？	☐ ホームページ ☐ インスタグラム ☐ YouTube ☐ Google map ☐ 同居犬・猫で既に来院 ☐ 直接見て ☐ 路面看板 ☐ その他 () ☐ 知人のご紹介 ☐ 動物病院からのご紹介 () ☐ トリミングサロンからのご紹介 ()		

【ペット情報】

お名前	生年月日	年	月	日 ()	才
動物種	犬 ・ 猫	品 種	(毛色:)		
性 別	☐ 未去勢オス ☐ 去勢オス ☐ 未避妊メス ☐ 避妊メス	性 格	☐ 人なつこい ☐ 恐がりさん ☐ その他 ☐ おとなしい ☐ 怒りっぽい ()		
どこから 迎えましたか	☐ ペットショップ () ☐ ブリーダー ☐ 知人 () ☐ 保護・野良	ペット保険	☐ アニコム ☐ アイペット ☐ その他 () ☐ 未加入		

【ご来院目的】

☐ 具合が悪い ☐ 健康診断 ☐ ワクチン ☐ フィラリア・ノミダニ ☐ セカンドオピニオン ☐ トリミング

具合が悪いとお答えの方

良い治療を行うために必要な内容となっております。お手数おかけ致しますが、分かる範囲でお答え下さい。

症 状	(例: 下痢気味・嘔吐など)	いつ	(例: 昨日の晩から)
治療・検査 について	☐ 必要な検査は全てして欲しい ☐ 検査と費用を相談しながら決めていきたい ☐ 検査はあまり望まない		

【その他】

分からないものは無記入でお願いします。

Q1 いつも食べているものは何ですか？

☐ ドライフード ☐ 缶詰 ☐ その他
(商品名) () ()

Q2 他に動物を飼っていますか？

☐ はい () ☐ いいえ

Q3 行っている予防をチェックしてください

☐ 狂犬病ワクチン ☐ 混合ワクチン (種混合)
☐ フィラリア ☐ ノミダニ

Q4 合わないお薬はありますか？

☐ はい () ☐ いいえ

Q5 今までに受けた手術やかかった病気があれば教えてください

Q6 その他、伝えておきたい事はありますか？

Q7 マイクロチップは挿入済みですか？

☐ はい ☐ いいえ

Q8 DM受け取り不可の方のみチェックをご記入ください▶ ☐

▼ スタッフ記入欄

ご協力ありがとうございました

No. 年 月 日

【総合・歯科・皮膚科】

サークス動物病院 どうぶつの皮膚科 耳科 アレルギー科

公式 LINE から
診察予約ができます

