

顧客 ID : _____ 棚番 : _____

年 月 日

初診問診票

飼い主さまの情報

| | |
|----------------------|---------------|
| ふりがな お名前 ご住所 〒 | 電話番号 緊急連絡先 |
|----------------------|---------------|

動物の情報

| | |
|--------------------------------------|---|
| ふりがな お名前 動物種 品種 毛色 性別 | 生年月日 西暦 年 月 日 およそ 才 <input type="checkbox"/> 犬 <input type="checkbox"/> 猫 <input type="checkbox"/> ウサギ <input type="checkbox"/> ハムスター <input type="checkbox"/> 鳥 <input type="checkbox"/> その他 () ()/ <input type="checkbox"/> Mix(雑種) () <input type="checkbox"/> オス <input type="checkbox"/> メス (<input type="checkbox"/> 不妊手術済) |
| ペット保険 | <input type="checkbox"/> アイペット <input type="checkbox"/> アニコム <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 未加入 |
| 予防 | <input type="checkbox"/> 混合ワクチン (最終接種時期 年 月) <input type="checkbox"/> 狂犬病ワクチン(最終接種時期 年 月) <input type="checkbox"/> フィラリア (最終投薬時期 年 月) <input type="checkbox"/> ノミ(最終投薬時期 年 月) |
| 性格 | <input type="checkbox"/> 友好的 <input type="checkbox"/> おとなしい <input type="checkbox"/> こわがり <input type="checkbox"/> 神経質 <input type="checkbox"/> その他 () |
| されると喜ぶことや怒ることがあればお教えてください。 | |

| |
|--|
| ① 本日の来院理由をお教えてください。 <input type="checkbox"/> 診察 <input type="checkbox"/> 予防 (<input type="checkbox"/> 狂犬病 <input type="checkbox"/> 混合ワクチン <input type="checkbox"/> フィラリア <input type="checkbox"/> ノミ・ダニ) <input type="checkbox"/> セカンドオピニオン <input type="checkbox"/> 健康診断 <input type="checkbox"/> その他() |
| ② ①で『診察』『セカンドオピニオン』とお答えの方へ 紹介状の有無 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ※他院からの検査結果や資料をお持ちの方は受付へご提出ください |
| ③ 当院をお知りになった理由をお教えてください。 <input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> Instagram <input type="checkbox"/> 口コミ <input type="checkbox"/> 自宅に近い <input type="checkbox"/> 他院からの紹介⇒ <input type="checkbox"/> イオンペット関連病院(病院名) <input type="checkbox"/> その他の病院(病院名) <input type="checkbox"/> ペットショップからの紹介() <input type="checkbox"/> 知人・ご家族から紹介() <input type="checkbox"/> その他() |

ご記入ありがとうございました。受付スタッフへお渡ししてください

| | |
|---------|-----|
| スタッフ記入欄 | A・B |
|---------|-----|

