

Medical Questionnaire

初診の方へ

年 月 日

カルテNo.

◎ Owner information 飼い主様情報

Name 氏名	Address ご住所 〒	Nationality/ Language 国籍・言語
Main Telephone 電話番号	Emergency contact number 緊急連絡先	Profession type of occupation ご職業

◎ Pets information ペットについて

種類 Species Dog · Cat · Rabbit	品種 Breed	毛色 Color
お名前 Name	生年月日 Date of birth day month year	性別 Sex ♂ / castrated ♀ / Spayed / unknown

ペット保険に加入されていますか？

保険会社名

●Do you have a pet insurance? Yes → Name of insurance company () / No

当院をお知りになったきっかけ

●How did you get to know our clinic?

どのような生活環境

室内

室内&屋外

屋外

●What kind of living environment is it? indoor · indoor & outdoor · outdoor

いつも何を食べますか？

市販

療法食

手作り

その他

●What do you always eat? Commercially available · Therapeutic diet · Handmade · Others ()

ドライ

缶詰

ペレット

牧草

商品名

→ Dry · Canning · Pellet · Grass Product name ()

同居している動物はいますか？

種類・頭数

●Are there any animals that live with you? Yes → Species · Number of heads / No

最後にワクチン接種はいつ？

●When were you vaccinated last time?

混合ワクチン

Combination vaccine : _____, day month year / Not vaccinated

狂犬病

Rabies : day month year / Not rabies

今まで病気・怪我・手術したことがありますか

●Have you ever been sick, injured or had surgery? Yes / No

いつ頃・どのような

→When and what, How was the treatment?

アレルギーなど注意事項があれば教えてください

●Please let me know if you have any precautions such as allergies.

Staff input field. スタッフ記入欄

How may I help you? 本日はどうなさいましたか？