



神田アニマルクリニック  
Koda Animal Clinic

## 問診票

分かる範囲でご記入ください。選択肢は当てはまるものを○で囲んでください。

● 飼い主様に関する内容

フリガナ		20	/	/	
飼主様のお名前		No.			
ご住所	〒				
電話番号	【自宅】	( )	【携帯】	( )	
ご職業		勤務先		TEL:	( )
来院のきっかけ	ご紹介 ( ) 様より) ・ ホームページ ・ チラシ 広告 ・ 口コミ ・ ご近所 ・ その他 ( )				

● 動物に関する内容

お名前		猫種			
生年月日	年	月	日 ( 歳)	毛色	
性別	男の子 女の子	不妊手術	していない・した ( 年 月頃)		
飼育開始日	年	月頃から	マイクロチップ	無・有 (No. )	
ペット保険	未加入 ・ 加入 (保険会社名: )				
飼育環境	室内のみ ・ 屋外のみ 主に屋内 ・ 主に屋外		同居動物	無・有 (犬・猫・その他)	
知らない場所での様子について おとなしい ・ 怖がっている ・ 攻撃的 ・ 不明 ・ その他 ( )					
混合ワクチンは接種していますか? はい → 最終接種日: 年 月頃 種類: ( 種混合ワクチン) いいえ					
今までに病気と診断されたことはありますか? はい (診断名: ) いいえ					

● 本日の来院目的・理由を教えてください。

● 当院の診察について、希望される内容はありますか?

- あまり時間をかけたくない  
 時間がかかっても良いので詳しく説明を聞きたい  
 その他 ( )

ありがとうございました。受付にお渡しください。