

初診問診票

くすの木動物病院(世田谷どうぶつ整形外科センター)

初診日

カルテ番号：		年 月 日																
ふりがな：		当院を知ったきっかけ（該当項目に○を付けて下さい）																
飼い主様のお名前：		ホームページ/ネット検索/通りがかり/看板チラシ/SNS 紹介（ 様）/その他（ ）																
住所：〒																		
電話番号：		緊急連絡先：飼主様との関係 本人・その他（ ）																
ふりがな：		種類： 犬 ・ 猫	ペット保険入ってますか？															
動物のお名前：		毛色：	はい ・ いいえ															
性別：オス ・ メス	去勢・避妊：未 ・ 済 済の場合（ 歳頃）	品種：	保険会社名 （ ）															
生年月日：	混合ワクチン：過去1年以内	狂犬病ワクチン：過去1年以内	フィラリア症予防：本年度															
年 月 日 推定 ・ 不明	あり ・ なし ・ 不明 （ 年 月頃）	あり ・ なし ・ 不明 （ 年 月頃）	あり ・ なし ・ 不明															
年齢：	マイクロチップID：		ノミダニ予防：本年度															
歳 ヶ月	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																	あり ・ なし ・ 不明
飼育環境について																		
犬： 室内生活 ・ 散歩以外でも外で生活している ・ 他（ ）																		
猫： 完全室内生活 ・ たまに外に出かける ・ 外で生活している ・ 他（ ）																		
今回のご来院目的（いつから？きっかけ、症状など）																		
特記事項（他院で治療中や過去に受けた診察内容など）																		

■診察に関するご希望をお聞かせください（該当項目に○を付けてください 複数回答可）

- A 治療内容/費用に関して事前に詳しく説明してもらいたい
- B 必要最低限の治療をしてもらいたい
- C 出来る限りの検査・治療をしてもらいたい
- D 治療以外の相談もしたい
- E セカンドオピニオンをお願いしたい

病院からのお知らせをハガキ又はLINEでお送りしております
以下の中から、ご希望のお知らせ方法に○をお願いいたします。

ハガキ希望 ・ LINE配信希望 ・ お知らせ全てを希望しない

※ワクチン等のお知らせは一律ハガキでお送りいたします
※お知らせを希望しない...ワクチンやフィラリアなどの予防に関する
お知らせも全てお送り出来なくなります



くすの木動物病院LINE
ラインは基本配信用と
なっております。