

アリスどうぶつクリニック 問診票

申込み日	年 月 日
フリガナ	
飼い主様のお名前	
フリガナ	
どうぶつさんのお名前	
ご住所	〒 (マンション・アパート名、号棟もご記入ください)
電話番号	
携帯番号	
FAX番号	
メールアドレス	
動物種	犬 ・ 猫 ・ ウサギ ・ 小鳥 ・ フェレット ・ その他
品種・毛色	
性別	オス ・ 去勢オス ・ メス ・ 避妊メス
体重	kg
生年月日	年 月 日 (歳 ヶ月)
飼育環境	室内 ・ 室内と屋外 ・ 屋外 ・ その他
お迎え方法	購入 ・ 譲渡 ・ 自宅で生まれた ・ 保護
散歩回数・時間	1日 回 (分程度)
ごはんの種類	ドライ ・ ウエット ・ パウチ ・ その他
フードメーカー名	
手作り食	内容を簡単にご記入ください
ごはんの回数	1日 回 (g)
おやつ	<input type="checkbox"/> 与えていない
	<input type="checkbox"/> 与えている
	商品名や種類をご記入下さい

狂犬病予防ワクチン	<input type="checkbox"/> 最終接種日 年 月 日、 <input type="checkbox"/> 猶予中
混合ワクチン	<input type="checkbox"/> 最終接種日 年 月 日、 <input type="checkbox"/> 接種していない
フィラリア予防薬	<input type="checkbox"/> 最終投薬日 年 月 日 (製品名)
ノミダニ予防薬	<input type="checkbox"/> 最終投薬日 年 月 日 (製品名)
腸内寄生虫の駆虫	<input type="checkbox"/> 最終投薬日 年 月 日 (製品名)
サプリメント	<input type="checkbox"/> 与えていない
	<input type="checkbox"/> 与えている
	サプリメント名：
お薬のアレルギー	<input type="checkbox"/> なし
	<input type="checkbox"/> あり (薬品名)
現在、治療中の内容を わかる範囲でご記入 お願い致します。	
現在、投薬中のお薬が ございましたらご記入 をお願い致します。	
今までにかかった病気 について簡単にご記入 をお願い致します。	

今回のご相談内容について、できるだけ詳しくご記入をお願いします。

① 現在の状態はいかがですか？

(元気食欲、排便排尿についてもご記入ください。)

② 症状はいつから始まりましたか？

(例：2週間前から食欲低下があり他院で検査したところ〇〇と診断された。)

③ 今までの治療内容と経過についてお知らせください。

④ 治療などについてご希望やご要望がございましたらご記入ください。

【最後にアンケートにご協力をお願い致します】

当院をお知りになったきっかけをお教えてください。(複数回答可)

ご紹介： _____ 様

ご近所・通りかかりに見て・看板

インターネット

その他 (_____)

ご協力ありがとうございました。



アリスどうぶつクリニック
ALICE ANIMAL CLINIC

〒358-0011

埼玉県入間市下藤沢 2-1-10

TEL : 04-2963-7457

FAX : 04-2963-0222

HP アドレス : <http://www.alice-ac.com>



(ホームページ QR コードはこちらです⇒)