

トリミング初診問診票

★飼い主様 お名前 _____ 様
ご住所 〒 _____

電話番号（ご自宅） _____
（緊急連絡先） _____

★患者様 お名前 _____ ちゃん
種類 _____ 毛色 _____
生年月日 _____ （ 歳）
性別 オス メス 去勢・避妊済

★混合ワクチン歴 最終接種年月日 _____

★狂犬病ワクチン歴 最終接種年月日 _____

★フィラリア予防 している していない

★ノミダニ予防 している していない

★ペット保険に加入されていますか？ はい（ _____ 保険）
いいえ

① 今までトリミング中に倒れた事がありますか？ はい いいえ
その他持病などがあればご記入ください。（ _____ ）

② トリミング中に暴れる、噛む等の行動がありますか？ はい いいえ

③ 最後にトリミングをしたのはいつですか？ _____ヶ月前

④ トリミング後のお写真をブログに掲載させて頂いても宜しいですか？ はい いいえ

⑤ 当院をどこでお知りになりましたか？（複数可）。

広告チラシ パソコン スマートフォン 看板広告 家 or 職場から近い

知人の紹介（ _____ 様）

他院からの紹介（病院名 _____ ）

「当院からのお願い」

★1年以内の混合ワクチンと狂犬病ワクチンの証明書をお持ち下さい。

★初診の患者様・・・お預かり前に無料検診

10歳以上の患者様・・・毎回心雑音のチェック _____ をさせていただきます。

★暴れてしまう・咬んでしまう等、やむを得ない場合はトリミングを中断させていただきます
事をご了承下さい。

ご記入頂き、有難うございます。

わんちゃんの負担の少ない、喜んで貰えるトリミングを心がけてお預かりさせていただきます。