

# メディカルケアホテル問診票

## ●飼い主様について

フリガナ			
名前			電話番号
			緊急連絡先
ご住所	〒		

## ●ペットについて

フリガナ			動物種	犬・猫 その他	品種	
お名前			毛色		性別	♂・♀
	生年月日	年	月	日	避妊/去勢手術	未・済

## ●病気について

診断名			気になる 症状	
治療内容	飲み薬	お薬名 ( ) 1回 錠 / 1日 回		
		お薬名 ( ) 1回 錠 / 1日 回		
		お薬名 ( ) 1回 錠 / 1日 回		
		お薬名 ( ) 1回 錠 / 1日 回		
		お薬名 ( ) 1回 錠 / 1日 回		
	その他			
かかりつけの動物病院名			電話番号	

☆ 体調の変化が見られた場合、検査・治療は希望されますか？（希望する・希望しない・相談してほしい）

☆ お預かり中にしてほしい検査や処置はありますか？

（ )

☆ お預かり前日までにこちらの受診表を当院までお送りください（FAX **03-6808-4591**）

☆ 最も新しい検査結果があれば併せてお送りください。

☆ お預かり当日はお時間に余裕をもってお越しください。