

メディカルケアホテル問診票

●飼主様について

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 (朝・夕)
		お薬名 ()		1回	錠 / 1日	回 (朝・夕)
		お薬名 ()		1回	錠 / 1日	回 (朝・夕)
		お薬名 ()		1回	錠 / 1日	回 (朝・夕)
		お薬名 ()		1回	錠 / 1日	回 (朝・夕)
	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 **03-6807-1672**)

☆ 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。