

※必要事項を記入の上ご持参下さい

初診カード

言葉が話せない患者さん(動物たち)に代わって、できる限り詳しくご記入ください。

なお、当個人情報 は当院の診療とサービスに関するこのみに使用し、責任を持って保管いたします。

記入日 _____

飼い主様のお名前	ふりがな _____
ご住所	ふりがな _____ 〒 _____
ご自宅電話番号	(_____)
緊急連絡先	(_____)
ご職業	_____
ペットのお名前	_____
動物種	<input type="checkbox"/> 犬 <input type="checkbox"/> 猫 <input type="checkbox"/> その他(_____)
品種・生年月日	種 20 年 月 日
性別・去勢、避妊の有無	<input type="checkbox"/> オス <input type="checkbox"/> メス 去勢、避妊手術を <input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> している (_____ 歳頃)

- 本日の来院は? 具合が悪そう(_____)
予防接種 健康診断 その他(_____)
- 過去の予防接種 ある(狂犬病ワクチン・犬混合ワクチン・猫混合ワクチン・その他)
ない わからない
- 過去の病歴 ある(病名: _____)
ない わからない
- 過去の手術歴 ある(術名: _____)
ない わからない
- 過去の出産歴 ある(_____ 歳頃)
ない わからない
- 飼育場所は? 屋内 屋外 両方(屋内 %:屋外 %)
- ペットの性格は? おとなしい やさしい 神経質 よく咬む よく鳴く
- 普段の食事 ドライフード 缶詰タイプ 手作り食
- 当院を知った理由 看板 電話帳 インターネット 近所 紹介(_____ 様)

その他特記事項があれば下欄にお書きください。