

初診カード

No.

太枠内を楷書で正確にご記入ください。

ふりがな		ご自宅電話番号	
飼い主名			
ご住所	□□□□□□□□	緊急連絡先	
ご職業			
ペット名		性別	<input type="checkbox"/> オス <input type="checkbox"/> メス
生年月日	年 月 日 (才 ヶ月)	去勢・避妊手術	<input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> している _____ 才頃
品種名			

言葉が話せない動物に代わって、なるべく詳しくお書きください。

本日の来院は？ 具合が悪い ※症状を下に記入してください。

混合ワクチン接種 狂犬病予防接種 フィラリア予防 健康診断 不妊手術

狂犬病以外の予防接種はしていますか？

している(犬 5種 6種 7種 8種) (猫 3種 5種)

していない

最後に接種したのはいつ頃ですか？

年 月頃

フィラリアの予防 している (月 ~ 月)

していない

過去の病歴 ある()

ない わからない

過去の手術歴 ある()

ない わからない

過去の出産歴 ある (年 月頃)

ない わからない

飼育場所は？ 屋内 屋外 両方

普段の食事 ドライフード 缶詰タイプ 人と同じ 処方食(メーカー・品名)

当院をどの様にしてお知りになりましたか。

看板 電話帳 インターネット 広告 近隣

紹介(紹介者様)