

↑こちらを上にして送信してください。

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。

No.

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	_____
品種・生年月日	種 年 月 日 (歳 ヶ月)
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 不妊施術 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

散歩はしますか？ よくする 時々する しない

普段の食事 ドライフード 缶詰タイプ 人と同じ（ _____）

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。