

初診カード



飼い主様

ふりがな _____

氏名 _____

ご住所 〒 _____ 県 _____

ご連絡先

自宅電話 _____

携帯電話 _____

FAX番号 _____

緊急連絡先 _____

メールアドレス _____

@ _____

患者様

呼び名 _____ ちゃん 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 推定

犬 猫 他 品種: _____ 毛色: _____

オス メス 避妊 去勢 手術時期 生後 _____ 歳 _____ ヶ月頃

マイクロチップ No.392 - _____

- ※ 入手経路は? ショップ: ブリーダー インターネット 保護した
もらった (知人 動愛センター 里親会) 自宅で出産
- ※ 飼育場所は? 室内 室外 室内外 放し飼い
- ※ お散歩は? しない 時々する 毎日する (1日 _____ 回 _____ 分位)
- ※ 来院理由は? 体調不良 怪我 予防 健康診断 手術依頼
その他 (具体的に: _____)
- ※ 特に気になる体質は? 呼吸器系 循環器系 胃腸系 アレルギー体質
泌尿器系 その他 (具体的に _____)
- ※ 今まで病院で継続的に治療を受けたことは?
ない 紹介状
ある 病名: _____ 病院名: _____
現在治療中 治療期間: _____ 年 _____ 月頃 ~ _____ 年 _____ 月頃
- ※ 今までに以下の予防は?

| | していない | したことがある | 毎年している |
|-----------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 狂犬病 → | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 混合ワクチン → | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| フィラリア → | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ノミ: マダニ → | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 腸内寄生虫 → | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
- ※ 当院を知ったのは? 電話帳 看板 インターネット 紹介 _____ 様
- ※ 当院ホームページへのご紹介は? 可 不可 保留

ご協力ありがとうございました。ご記入いただきました個人情報等は、当院の診療とサービスに関する事にものみ使用し、保管致します。

| | | |
|-------|----------|-----|
| 病院記入欄 | DATE / / | No. |
|-------|----------|-----|