

# 初診カード

年 月 日

●飼主の方についてお聞きします。

ふりがな 飼主名	
ご住所	〒

電話番号
緊急連絡先

●今日お連れになったペットについてお聞きします。

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
飼いはじめた時期	年 月 日 入手経路 <input type="checkbox"/> ショップ <input type="checkbox"/> ブリーダー <input type="checkbox"/> 譲渡 <input type="checkbox"/> 野良 <input type="checkbox"/> 自家繁殖	
動物種	犬・猫・鳥・ウサギ・ハムスター・フェレット その他 ( )	ワクチン接種 犬：狂犬病 <input type="checkbox"/> している・ <input type="checkbox"/> していない
品 種	雑種・その他 ( )	犬・猫 混合ワクチン <input type="checkbox"/> している ( 月頃 種) <input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> 以前していた ( 才まで)
飼育環境	<input type="checkbox"/> 室内 <input type="checkbox"/> 屋外 <input type="checkbox"/> 主に室内 <input type="checkbox"/> 主に屋外	フィラリア予防 <input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> 以前していた ( 才まで)
性 格	<input type="checkbox"/> 友好的 <input type="checkbox"/> 従順 <input type="checkbox"/> おとなしい <input type="checkbox"/> 臆病 <input type="checkbox"/> うなる <input type="checkbox"/> 噛みつく <input type="checkbox"/> 逃げる <input type="checkbox"/> ひっかく <b>※人に攻撃する可能性がある場合は事前にお知らせください！</b>	
主 な 餌		他にペットはいますか <input type="checkbox"/> 犬 ( 頭) <input type="checkbox"/> 猫 ( 頭) <input type="checkbox"/> 他 ( ) <input type="checkbox"/> いない
好 物		
今までに大きなけが・病気をしたことはありますか？ ある場合は時期や病名を記入してください		

●病院を知った理由

看板を見て 電話帳 広告 紹介 (紹介者 ) 以前来院した

●今日来院したのは

ワクチン接種 狂犬病 フィラリア予防 健康診断

診察希望 いつから ( )  
どのような症状ですか ( )  
その他 ( )

ペット保険に加入されている方は保険証のご提示をお願いします。