初 診 票

● 飼い主様の情報についてお聞かせ下さい。なお、急患の場合はお知らせ下さい。

飼い主様氏名（ふりがな）　　様　職業

ご自宅の電話または携帯電話

ご住所　〒

E-Mail(任意)　　@

他の動物で来院されたことはありますか？　ある　（　　ちゃん）　/　ない

今後、当院よりダイレクトメール(ワクチン予防のお知らせ)を 希望する　/　希望しない

当院を知ったきっかけは？　紹介　（　　）/　電話帳　/

以前かかっていた　/　通りがかり　/　インターネット

● ペットの情報についてお聞かせ下さい。

名前　　ちゃん

動物種　イヌ　/　ネコ　/　ウサギ　/　ハムスター　/　その他(　　)

品種　　生活環境　室内　/　室外

生年月日　西暦　　年　　月　　日　(約　　歳)

性別　オス　/　メス　　去勢・避妊　している　/　していない

食事内容　ドライ　/　缶詰　/　ヒトのごはん　/　ホームメイド食(　　)

同居動物はいますか　いる　(動物種　　/　　匹)　/　いない

予防歴・既往歴について、詳しくお聞かせ下さい。

ノミ・ダニの予防　している　/　していない　/　していたが今はしていない

混合ワクチン　している　(　　種混合ワクチン　最終接種　　年　　月)

していない　/　していたが今はしていない

狂犬病予防接種　している　/　していない　/　していたが今はしていない

フィラリア予防　している　/　していない　/　していたが今はしていない

ペット保険に加入　している　(会社名　　)　/　していない

過去の病気

現在、治療している病気

本日の来院された目的　初めての健康診断　/　予防　/　その他(下の欄に記入下さい)

ご記入ありがとうございました