

# 初診票

No. \_\_\_\_\_

フリガナ

飼い主氏名 \_\_\_\_\_

〒 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_ 号室 \_\_\_\_\_

TEL \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_ 携帯 \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_

ペット名 \_\_\_\_\_

・種類 犬 猫 その他 ( ) 品種 \_\_\_\_\_ (雑種)

・生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ( \_\_\_\_\_ 才・年齢不詳) 毛色 ( \_\_\_\_\_ )

・性別 オス メス (去勢・避妊済み) 飼育状況 (屋内・屋外)

・予防年月日 (最近1年以内)

混合ワクチン; 未・済 ( / ) 食事 (缶・ドライ・半生)

狂犬病; 未・済 ( / ) メーカー ( \_\_\_\_\_ )

フィラリア予防; 未・済 ( / ) 同居ペット (あり・なし)

・アニコム健保に-----加入している 加入していない

・購入方法 (ペットショップ / もらった / 拾った)

ペットショップ名 ( \_\_\_\_\_ )

・当院を何で知りましたか？

近所

紹介 (紹介者; \_\_\_\_\_ 様)

タウンページ

ホームページ

その他 ( \_\_\_\_\_ )

・今日はどうしましたか？ (例：3日前から下痢、耳を振る等)

・元気は？ (あり・なし) 食欲は？ (あり・なし)

・うんち・おしっこの状態は？ ( \_\_\_\_\_ )

・以前かかったことのある動物病院はありますか？ ( \_\_\_\_\_ )

さくま動物病院