西暦　　年　月　日

初診票

～人間の言葉を話さない かわいいパートナーさんに代わってお答えください～

■ご家族の情報　※変更がない場合は２頭目以降は省略可能です

ふりがな　〒

お名前　様　ご住所

電話番号　緊急のご連絡先

■動物さんの情報

ふりがな

お名前　ちゃん　(マイクロチップ番号　)

◆動物種　犬・猫・その他(　)◆品種（　）

◆性別（ オス・メス・わからない ）　◆毛色（　）

◆生年月日　西暦　年　月　日　◆不妊手術（ 未・済 ）（ 西暦　年　月頃 ）

◆保険　未加入・加入済（ アニコム・アイペット・その他 ）※保険をご利用の方は、診察前にその旨をお伝えください。

◆予防　○狂犬病（ 最終接種日：西暦　年　月頃 ）

○混合ワクチン（　種、最終接種日：西暦　年　月頃 ）

○フィラリア　していない・している（ 粉末・錠剤・チュアブル・スポット・その他）

○ノミ・ダニ　していない・している（ チュアブル・スポット・その他 ）　○その他（　）.,

■本日はどうされましたか？

□体調不良　□予防（ □狂犬病　□混合ワクチン　□フィラリア　□ノミ・ダニ ）□健診

（ 体調不良の場合、できるだけ詳しくご記入ください　）

■今まで病気やケガで病院にかかったことはありますか？また現在治療中の病気やケガはありますか？

□なし　□あり　→

■どのようにお迎えしましたか？

□購入した　□譲渡された　□自宅で生まれた　□保護した　□その他

■飼育場所は？

□屋内　□屋外　□主に屋内（ 外出自由 ）□その他（　）

■普段何を食べさせていますか？

□ドライ（　）　□ウェット（　）　□手作り・その他（　）

■同居している動物はいますか？

□犬（　頭 ）　□猫（　頭 ）　□その他（　頭・羽 ）□いない

■今まで注射やお薬で具合が悪くなったことはありますか？

□なし　□あり　→

■当院をどのようにお知りになられましたか？

□ホームページ　□SNS　□その他インターネット　□近所に住んでいる　□通りかかって

□看板　□口コミ　□ご紹介（　様 ）

■当院であったらいいなと思われるサービスはありますか？　■担当獣医師のご希望はありますか?

□なし　□あり　→　□院長　□副院長　□特になし

※ご記入いただいた個人情報は、当院にて患者様の健康管理にのみ使用させていただくもので、他の目的には使用致しません。