

初診票

～人間の言葉が話せない、かわいいパートナー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 干

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

◆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)

■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りましたか？

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)

■当院であつたらいいと思われるサービスはありますか？

なし あり →