

初診カード

ふりがな		*病院記入欄*	
飼主名		平成 年 月 日 ID No.	
住所 (〒 — )		勤務先 (*ご自宅以外で確実に連絡がとれる所のご記入をお願いします) 名称: 住所:  電話番号:	
電話番号: 自宅 携帯電話			
種類	呼び名	性別 オス・メス	生年月日 (才) 年 月 日
◎当院をどのような方法でお知りになりましたか? <input type="checkbox"/> 電話帳 <input type="checkbox"/> 知人の紹介 (紹介者 ) <input type="checkbox"/> くちこみ <input type="checkbox"/> 過去に来院したことがある <input type="checkbox"/> インターネット <input type="checkbox"/> その他 ( )			
◎①いつ頃 ②どのような方法で家に来ましたか? ① 年 月 日頃 <input type="checkbox"/> ②ペットショップから <input type="checkbox"/> ブリーダーから <input type="checkbox"/> 譲り受けた <input type="checkbox"/> 拾った <input type="checkbox"/> その他			
◎予防接種はしていますか? *犬* <input type="checkbox"/> 8種混合ワクチン <input type="checkbox"/> 5種混合ワクチン <input type="checkbox"/> 狂犬病ワクチン *猫* <input type="checkbox"/> 3種混合ワクチン <input type="checkbox"/> 猫白血病ワクチン <input type="checkbox"/> 接種していない		◎生活環境 <input type="checkbox"/> 屋内 <input type="checkbox"/> 屋外 <input type="checkbox"/> 屋内と屋外 <input type="checkbox"/> その他 ( )	
◎去勢・避妊はしていますか? <input type="checkbox"/> はい ( 年 月頃) <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 相談したい		◎食餌は何をあげていますか? (複数可) <input type="checkbox"/> ドライフード <input type="checkbox"/> 缶詰・アルミパック <input type="checkbox"/> 手作りの物 ( )	
*犬* ◎フィラリアの予防はしていますか? <input type="checkbox"/> はい ( 年 月頃) <input type="checkbox"/> いいえ		◎食餌以外におやつ等何かあげていますか? <input type="checkbox"/> はい (具体的に: ) <input type="checkbox"/> いいえ	
◎過去に予防接種や注射・飲み薬等でアレルギー反応を起こしたことがありますか? <input type="checkbox"/> はい ( 年 月頃: 起こしたもの ) <input type="checkbox"/> いいえ (どのような症状でしたか?: )			
◎今後お知らせ等のハガキをお送りしてもよろしいですか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			

\*分かる範囲でご記入ください。