

Date / /

初診カード

No.

言葉が話せない動物に代わって、なるべく詳しくお書きください。

(病院記入欄)

ふりがな		ふりがな		電話番号(自宅・携帯電話)
飼い主名		ペット名		
ご住所	□□□ □□□□			緊急連絡先
				メールアドレス
品種	<input type="checkbox"/> 犬 <input type="checkbox"/> 猫	種類 () 雑種	性別	生年月日
	<input type="checkbox"/> うさぎ	他動物 <input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> いる	<input type="checkbox"/> オス <input type="checkbox"/> 去勢オス <input type="checkbox"/> メス <input type="checkbox"/> 避妊メス	年 月 日 (才 か月)
	<input type="checkbox"/> フェレット	今までに	病気	才に
	<input type="checkbox"/> モルモット		手術	才に
<input type="checkbox"/> ハムスター		輸血	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	予防歴(1年以内)
<input type="checkbox"/> 小鳥		薬にアレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	予防注射
飼育場所	<input type="checkbox"/> 室内 <input type="checkbox"/> 室内+散歩	食事	<input type="checkbox"/> ドライフード <input type="checkbox"/> 両方	ペット保険
	<input type="checkbox"/> 野外 <input type="checkbox"/> 室内+野外		<input type="checkbox"/> ウェットフード	
当院を知った理由	<input type="checkbox"/> 看板・広告をみて <input type="checkbox"/> 電話帳 <input type="checkbox"/> ホームページを見た <input type="checkbox"/> 紹介(紹介者名:)			

現在の様子をお聞かせください。

元気である ・ 少し元気がない

容態(ぐったりしている、呼吸がおかしい →スタッフに声をかけてください)

本日の来院は？

診察 ・ 予防接種 | 混合ワクチン ・ 健康診断 ・ その他()
狂犬病

いつから、どんな問題がありますか？ ()

他院にて、現在治療を受けていますか？ 治療中 ・ 治療していない

他に問題・相談がありますか？

ご協力ありがとうございました。
受付にお出してください。
はなのき動物病院