

# 初診の方はご記入ください

ID No.  
X-P No.

【診察券を既にお持ちの方は、住所・連絡先等を省略してください】

ご家族について	飼主様氏名	フリガナ					
	住所	(〒 - )					
	連絡先	【自宅電話番号】	( ) -			【携帯電話番号】	( ) -
		【電子メールにて、各種お知らせをご希望の方は、メールアドレスをご記入ください】					
	職業	・会社役員 ・会社員 ・公務員 ・自営業 ・教職員 ・農業 ・学生 ・パート/アルバイト ・主婦 ・無職 ・その他専門職等(					
	【当院をどのようにしてお知りになりましたか?】 ・近所だから ・看板 ・タウンページ ・インターネット ・紹介( 様)						
動物について	名前	フリガナ		種類	・犬 ・猫 ・小鳥 ・うさぎ ・その他(		
		【記入例：雑種、チワワ、チンチラなど】					
	年齢	【生年月日】	【推定年齢】	性別	オス	メス	毛色

①本日はいかがなさいましたか?

・具合が悪そう 健康チェック/相談 ・ワクチン接種 ・その他

【具体的にお聞かせください】

②大きな病気にかかったことはありますか? 【どのような病気ですか?】

・はい ・いいえ

③避妊または去勢の手術はお受けになりましたか?

・はい ・いいえ

【何歳くらいの時期ですか?】

④主な飼育場所はどちらですか? ・室内 ・庭 ・ベランダ ・その他

⑤フィラリアの予防はしていますか? ・はい ・いいえ

⑥最後に接種したワクチンはお分かりですか?

・受けていない ・狂犬病 ・混合ワクチン ・わからない

【種類と接種年月日】

【狂犬病登録者名/狂犬病登録番号】

⑦動物保険に加入されていますか? ・はい ・いいえ

【保険会社名】

【上記以外で、ご心配な点やご質問はありませんか?】