

初診カード

患者さんに代わってお答えください。

年 月 日

飼い主様のお名前	フリガナ
ご住所	フリガナ
お電話・緊急連絡先	
E-mail	
ご職業	
ペットの名前	フリガナ
品種 ・ 性別	犬 ・ 猫 () 雄 ・ 雌 ・ 避妊雌 ・ 去勢雄
生年月日	年 月 日 (歳 か月)

- いつも生活している場所は？
① 室内放し飼い ② 室内ケージ ③ 庭放し飼い ④ 庭のハウス ⑤ その他 ()
- 入手方法は？
① 買った () ② もらった ③ 自宅で生まれた ④ 拾った ⑤ いつの間にか住みついた
- 本日はどうされましたか？
① 具合が悪そう () ② 健康チェック ③ ワクチン ④ その他 ()
- ワクチンは接種していますか？
① はい(種類: 最後の接種日:) ② いいえ
- フィラリア予防はしていますか？
① はい(内服薬 ・ 外用薬 ・ 注射) ② いいえ
- 不妊手術(避妊手術・去勢手術)はしましたか？
① はい(手術年月日:) ② いいえ
- いつも何を食べさせていますか？
① 缶詰 ② ドライフード ③ 人の食べ物 ④ その他(具体的に)
(メーカー名または商品名)
- 今までに交通事故、ケガ、その他病気になった事がありますか？
① はい(いつ: どんな:) ② いいえ
- 今までに注射・飲み薬などでショックなどの異常が見られた事がありますか？
① はい(具体的に:) ② いいえ

ご協力ありがとうございました。