

初診カード



年 月 日

太枠内を楷書で正確にご記入ください。

NO. _____

ふりがな		ご自宅電話番号	性別	<input type="checkbox"/> オス <input type="checkbox"/> メス
飼い主名				<input type="checkbox"/> 避妊・去勢済み 才頃
ご住所	□□□□ □□□□	緊急連絡先(携帯電話番号など)		
ペット名		品種		
生年月日	西暦 年 月 日 (才 ヶ月)	当院を知った理由	<input type="checkbox"/> 看板を見て <input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> 広告 <input type="checkbox"/> 紹介(紹介者) <input type="checkbox"/> その他 ()	
他の飼育ペット	<input type="checkbox"/> 犬 (お名前:) <input type="checkbox"/> 猫 (お名前:)	品種:	生年月日:	

分かる範囲内でお書き下さい。



来院理由 病気 ケガ 予防接種
健康診断 避妊去勢 その他 _____



入手方法 ショップ店名 _____ ブリーダー もらった
拾った その他 _____



飼育方法 場所 屋内 屋外 両方
散歩 1日 _____ 回 _____ 分 時々 しない



予防接種 猫: 混合ワクチン _____ 種 _____ 月頃 予防接種を受けたことがない



猫エイズ・猫白血病について
罹っている
罹っていない わからない



過去の病気 病気をしていない 病気をしたことがある _____ 年 _____ 月頃
出産歴がある 手術歴がある



食事 ドライフード 缶詰 人間と同じもの 処方食 _____
1日 _____ 回

ご案内について

予防接種などのご案内を差し上げております。

ハガキでの案内 案内不要