

# 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: 品種: 生年月日: ) <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 犬: 混合ワクチン \_\_\_\_\_ 種 \_\_\_\_\_ 月頃 狂犬病 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月頃  
予防接種を受けたことがない



フィラリア予防 毎年予防している 最近予防していない \_\_\_\_\_ 頃から  
予防したことがない



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

予防接種やフィラリア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