

# 初診の方へ

20 年 月 日

## 飼い主様について

フリガナ お名前	ご住所 〒		
電話番号	当院に他のペットで来院したことはありますか？		
緊急連絡先	<input type="checkbox"/> はい(                  ちゃん) <input type="checkbox"/> いいえ		
当院を知ったきっかけ <input type="checkbox"/> 当院HP <input type="checkbox"/> WEB <input type="checkbox"/> 紹介(                  ) <input type="checkbox"/> その他(                  )			

## わんちゃんについて



フリガナ お名前	性別 <input type="checkbox"/> オス <input type="checkbox"/> 去勢オス <input type="checkbox"/> メス <input type="checkbox"/> 避妊メス <input type="checkbox"/> 不明	入手先（購入先など）
品種	毛色	マイクロチップ（あり・なし） 番号
生年月日 20 年 月 日 ( 歳)	飼い始めた日 20 年 月 日	

## ①予防について

狂犬病予防接種・・・ ☐接種済（最終接種日 年 月 日） / ☐未接種  
混合ワクチン接種・・・ ☐接種済（最終接種日 年 月 日） / ☐未接種  
フィラリア予防・・・ ☐予防済（最終予防日 年 月 日） / ☐未予防  
ノミ・ダニ予防・・・ ☐予防済（最終予防日 年 月 日） / ☐未予防

## ②本日はどうしましたか？

いつから                  どの部位ですか
-------------------------------

## ③今まで病気、ケガ、手術などしたことはありますか？

☐はい   ☐いいえ

※『はい』と答えた方は詳しくご記入ください
-----------------------

## ④薬による副作用がでたことはありませんか？

☐はい   ☐いいえ

※『はい』と答えた方は詳しくご記入ください
-----------------------