

初診時間診票

飼い主様

ふりがな

お名前： _____

郵便番号： 〒 _____ - _____

住所： _____

電話番号： _____

()

緊急連絡先： _____

職業： _____

ペット

ふりがな

お名前： _____

品種： _____

性別： _____

オス

・ 去勢オス

・ メス

・ 避妊メス

生年月日： _____

年

月

日

飼育開始日： _____

年

月

日

去勢避妊実施日： _____

年

月

日

本日はどうされましたか

① 具合が悪い _____

② 健康チェック・相談 ③ ワクチン・予防 ④ よくわからないから相談したい

治療について

① 悪いところは全て治したい ② 今回悪いところだけ治したい

③ 応急処置をしてほしい ④ 相談したい

飼育環境について

① 室内のみ ② 屋外にも行く ③ 屋外で放し飼い

入手方法

① 買った 店名・ブリーダー名 _____ ② もらった

③ 自宅で生まれた ④ 保護した・いつの間にか住み着いた

普段の食事について

① ドライフード ② ウェットフード ③ その他

フード名、量、回数など詳しくご記載ください

混合ワクチンについて

① 最終接種日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 種類 _____

② 最終抗体検査日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ③ 受けたことがない

フィラリア予防について

① 定期的に行っている 薬名 _____ ② 予防していない

ノミ・ダニ予防について

① 定期的に行っている 薬名 _____ ② 予防していない

今までに大きな病気や怪我をしたことはありますか

① はい _____ ② ない

病院からの予防や健康診断のご案内のお手紙は希望されますか

① はい ② いいえ

当院をどのようにしてお知りになりましたか

① 近所 ② ホームページ ③ SNS ④ 口コミサイト ⑤ 電話帳

⑥ ご紹介 _____ 様 _____ ちゃん ⑦ その他 _____