

*****初診受付シート*****

初めてのご来院の方、お手数ですがご記入ください。

フリガナ 飼い主氏名 _____ 〒 <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> - <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> _____ 電話番号 () _____ 携帯電話 () _____ 緊急連絡先 () _____ メールアドレス _____ @ _____	フリガナ 患者名 _____ 種類 犬・猫・ウサギ・鳥・ハムスター・その他 _____ 品 種 () _____ 毛 色 白 茶 黒 その他 () _____ _____ 性別 男の子 女の子 去勢・避妊手術 _____ 手術の時期(年 月 頃) 生年月日 _____ 年 月 日 飼育開始 _____ 年 月 日
---	---

1. 本日の来院理由は？
 - ・具合が悪そう（具体的な症状：)
 - ・ワクチン接種（種類：)
 - ・フィラリア予防（)
 - ・その他（)
2. ワクチン接種はしていますか？ (はい 年 月 頃 ・ いいえ)
3. フィラリア予防をしていますか？ (はい 年 月 頃 ・ いいえ)
4. 飼育場所はどこですか？ (室内 ・ 主に室内 ・ 室外 ・ 主に室外 ・ 両方)
5. どちらで入手されましたか？
(ショップ・ブリーダー・もらった・拾った・その他 ())
6. いつも食べさせているものは何ですか？
(ドライ・半生・缶詰・人間と同じもの・その他 ())
7. 今までに病気になったことはありますか？
(はい 病名(・時期 年頃))
8. 今までに注射やお薬などでショックなどの異常が認められたことがありますか？
(はい 具体的に() ・ いいえ)
9. どのようにして当院を知られましたか？
(紹介()・ 看板 ・ 広告 ・ 通りすがり ・ ウェブサイト ・ その他)
10. ペットの保険には加入されていますか？
(はい ・ 加入するか考えている ・ いいえ)

ご記入ありがとうございました。

番号【 】 年 月 日