

*****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 | フリガナ 患者名 |
| 〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | 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 () |
| 電話番号 () | 性別 男の子 女の子 |
| 携帯番号 () | 生年月日 年 月 日 |
| 緊急連絡先 () | 飼育開始 年 月 日 |
| ファックス () | |

- 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（)
- 去勢・避妊手術はしていますか？ (はい 年 月 頃 ・ いいえ)
- ワクチン接種はしていますか？ (はい 年 月 頃 ・ いいえ)
- フィラリア予防をしていますか？ (はい 年 月 頃 ・ いいえ)
- 飼育場所はどこですか？ (室内 ・ 主に室内 ・ 室外 ・ 主に室外 ・ 両方)
- 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 ()
- 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 ()
- 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)
- 今までに注射やお薬などで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
- 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 ・ その他 ()
- ペットの保険には加入されていますか？
はい：会社名 () ・ 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

