

初診受付シート

※ペット保険に加入なさっている方へ

保険申請書類に必要ですので、飼い主指名は被保険者名のお名前をご記入ください。

フリガナ 飼い主氏名 (被保険者名) 〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	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 ()
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：）
 - 各種予防（混合ワクチン・狂犬病・フィラリア・ノミマダニ・その他）
 - 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（保険会社名： ） ・ 検討中 ・ いいえ

ご記入ありがとうございました。

番号【 】 年 月 日

