

# 初診票（犬・猫）

20 年 月 日

## ■ 飼い主様情報

ふりがな お名前		〒	-
電話番号	-	-	
ご住所			

## ■ ペットの基本情報

ふりがな お名前					
動物種	<input type="checkbox"/> 犬 <input type="checkbox"/> 猫				
	品種（	）	毛色（	）	
性別	オス・メス	不妊手術	<input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 済（	年 月頃）	
誕生日	<input type="checkbox"/> 西暦 20 年 月 日 <input type="checkbox"/> 不明				
	飼育開始日（20 年 月 日）				
	入手経路 <input type="checkbox"/> ペットショップ（店舗：				）
	<input type="checkbox"/> ブリーダー <input type="checkbox"/> 拾った・もらった				

## ■ 本日の来院理由

理由	<input type="checkbox"/> 予防（ <input type="checkbox"/> 狂犬病予防接種 <input type="checkbox"/> 混合ワクチン <input type="checkbox"/> フィラリア <input type="checkbox"/> ノミ・ダニ） <input type="checkbox"/> 健康診断 <input type="checkbox"/> 爪切り <input type="checkbox"/> その他（	）
	<input type="checkbox"/> 診察 具体的な症状を下記に記入してください。	
	いつから、どこが、など具体的に	

## ■ 詳しい情報

既往歴					
保険	<input type="checkbox"/> 未加入 <input type="checkbox"/> 加入済（ <input type="checkbox"/> アニコム <input type="checkbox"/> アイペット）				
予防	<input type="checkbox"/> 狂犬病 <input type="checkbox"/> 混合ワクチン <input type="checkbox"/> フィラリア <input type="checkbox"/> ノミ・マダニ				
食事	<input type="checkbox"/> ドライフード <input type="checkbox"/> ウェットフード <input type="checkbox"/> おやつ <input type="checkbox"/> 人間の食べ物 <input type="checkbox"/> その他（	）			
同居動物	<input type="checkbox"/> 犬（	頭） <input type="checkbox"/> 猫（	頭） <input type="checkbox"/> うさぎ（	頭） <input type="checkbox"/> その他（	）
性格	<input type="checkbox"/> 友好的 <input type="checkbox"/> おとなしい <input type="checkbox"/> 怖がり <input type="checkbox"/> 怒りっぽい <input type="checkbox"/> 不明				
投薬中の薬	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある（	）			
今まで注射や薬で具合が悪くなったことはありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある（				）

## 治療方針について

- 悪いところはすべて治療してほしい  
 現在の症状のみ治療してほしい

常滑ロビー動物病院

Tel: 0569-47-7474 愛知県常滑市樋掛47-47

記載していただいた個人情報は、診療に関すること以外には使用しません。  
ご本人の同意がなければ第三者に個人情報を提供することもございません。