

# 初診受付票

言葉を話すことができない動物にかわってお答えください。  
おわかりになる範囲で結構です。

ふりがな			
飼主名			
ふりがな			
ご住所	〒□□□-□□□□		
TEL		緊急時のご連絡先	

動物の名前		年齢または生年月日	
動物の種類	犬 猫 うさぎ フェレット ハムスター 鳥 その他( )		
品種		毛色	
性別		避妊または去勢手術の有無	あり なし

今日はどうされましたか？(健康診断・予防接種・病気など)

- 1年以内に混合ワクチンの接種は受けてますか？ はい→ ( )種混合を( )月頃 (犬、猫、フェレットのみです) いいえ
- 毎年、フィラリア予防薬は飲んでいますか？ はい→ 錠剤 チュアブルタイプ その他 ( )月頃～ ( )月頃まで いいえ
- 食事は何を与えていますか？ ドライタイプ ウェットタイプ(缶詰・パウチなど) (おやつなども) 半ナマ その他( ) 食事の回数：1日 ( )回 ・ 常時おいてある
- 今までに病気をしたことはありますか？ はい → 具体的に(例:2才の時に骨折) いいえ
- 主にどこで生活していますか？ 屋内 屋外 屋内・屋外両方
- ペット保険に加入していますか？ はい →(保険名: ( )) いいえ
- 他に動物はいますか？ はい → 具体的に(例:他に犬が1匹、猫が3匹) いいえ
- 当院をどのようにしてお知りになりましたか？ 建物をみて 道看板 新聞広告 電話帳 インターネット 知人の紹介( ( )様) その他( ( ))