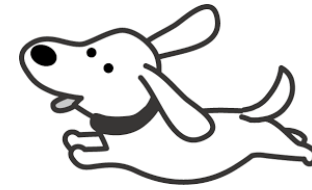




初診カード



飼主様ご氏名	ふりがな	電話番号	ご自宅 ()-()-() ご本人の携帯 ()-()-() ()の携帯 ()-()-()
ご住所	〒	ご職業	公務員・会社員・自営業・医療従事者 その他 ()



わんちゃんまたは猫ちゃんのお名前	ふりがな	動物種	犬・猫	品種 毛色
お誕生日： 年 月 日	性別 男子 女子	過去の病歴：		
食餌：缶詰・ドライフード・その他 ()		本日の来院理由（症状）：		
去勢・避妊手術はされていますか？ はい・いいえ		いつから？		
マイクロチップ挿入： している ・ していない		内服中の薬はありますか？ なし・あり（薬剤名：)		



1年以内に混合ワクチンを接種していますか？	狂犬病予防していますか？	フィラリア予防していますか？	ミ・ダニ予防していますか？
はい・いいえ ()種 最終接種日 年 月 日	はい ・ いいえ	はい ・ いいえ	はい ・ いいえ



当院をお知りになったきっかけ： HP・ご友人からの紹介 ・ 他動物病院からの紹介 ・ インターネット ・ 近所 ・ その他 ()

健康診断のお知らせ・ワクチンのDM : 希望する ・ 希望しない