

カルテNo.		フリガナ		初診		年	月	日
ご家族	世帯主				電話	【自宅】	( )	( )
	住所	※マンション・アパート名もご記入下さい			職業	【携帯】	( )	( )
	紹介	□友人・知人( )様 □他病院( )様より □家から近い			家族構成： 人家族 うち子供（小学生未満） 人			
		□インターネット( )で検索 □その他( )			普段かかっている病院 ( )			

動物	名前	性別	オス・メス (去勢済・不妊済)	年齢	西暦	年	月	日	生まれ
	種	犬・猫	品種	毛色	※飼育開始日：( )年( )月( )日から				
	他に飼っている動物： 犬・猫・ウサギ・鳥・他( ) , ( )頭								
	いつも生活している場所は？		□室内 □外出自由 □室外（庭など）						
	入手方法は？		□購入 □もらった □自宅で生まれた □拾った						

本日の来院理由は？	□具合が悪そうだから □健康チェック □ワクチン
どこが悪そうですか？	
どんな症状ですか？ 元気・食欲はありますか？	

狂犬病ワクチンは接種していますか？	□はい 西暦 年 月 日 接種 □いいえ
伝染病ワクチンは接種していますか？	□はい 種 混合ワクチン： 西暦 年 月 日 接種 □いいえ
現在予防はしていますか？	□フィラリア ( )月～ ( )月まで予防) □ノミ・マダニ □その他 ( )
今までに大きな病気になったことはありますか？	□はい □いいえ
それはいつごろですか？	
どんな病気ですか？	
今までに注射などでアレルギーなどの異常が見られたことがありますか？	□はい □いいえ
ペット保険に加入していますか？	□はい (受付でご提示下さい) □いいえ (アニコム・アイペット・その他)

<p>当院の献血ドナーとしてご協力いただけますか？ □はい □いいえ</p> <p>献血基準や必要条件についての詳細はスタッフよりご説明致します。身体に負担のかかることのないよう、事前に十分なチェックを行います。</p>
--