

# 初診カード

## ○ご家族

フリガナ		電話[自宅]	電話[携帯]
名前			
住所	〒 _____		
ご職業		紹介者	

## ○ペット

名前		犬・猫・他( )	品種:	色:
生年月日	ご不明の場合には、だいたいの推定年齢をお書きください。 年 月 日 ( 歳 ヶ月)		性別	<input type="checkbox"/> オス <input type="checkbox"/> メス <input type="checkbox"/> 去勢済み <input type="checkbox"/> 避妊済み
どのような性格ですか?	<input type="checkbox"/> 大人しい <input type="checkbox"/> 人懐こい <input type="checkbox"/> 気性が荒い <input type="checkbox"/> 臆病 <input type="checkbox"/> その他 ( )			
他の病院にかかったことはありますか?	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ (病院自体初めて)			
ペット保険に加入していますか?	<input type="checkbox"/> はい (アニコム損保・アイペット・その他) <input type="checkbox"/> いいえ			
ワクチンは接種していますか? ※1番最後に接種した日を記入して下さい。	●混合ワクチン ( ) 種混合 <input type="checkbox"/> はい 接種日 ( 年 月 日) <input type="checkbox"/> いいえ ●狂犬病 <input type="checkbox"/> はい 接種日 ( 年 月 日) <input type="checkbox"/> いいえ			
ウイルス検査はしていますか? ※猫ちゃんのみお答えください。	<input type="checkbox"/> はい 猫エイズウイルス (FIV) 陽性 ・ 陰性 猫白血病ウイルス (FeLV) 陽性 ・ 陰性 <input type="checkbox"/> いいえ			
フィラリア予防はしていますか?	<input type="checkbox"/> はい 飲み薬・注射・スポット・その他 <input type="checkbox"/> いいえ			
ノミダニ予防はしていますか?	<input type="checkbox"/> はい 飲み薬・スポット・その他 <input type="checkbox"/> いいえ			
同居の動物はいますか?	<input type="checkbox"/> はい (種類: ) <input type="checkbox"/> いいえ			
どんな生活環境ですか?	<input type="checkbox"/> 屋内 <input type="checkbox"/> 屋外			
食事は何を食べていますか?	<input type="checkbox"/> 市販 (ドライフード・缶詰・その他) <input type="checkbox"/> 療法食 ( ) <input type="checkbox"/> 手作り食 <input type="checkbox"/> その他 ( )			
注射や薬などでアレルギーを起こしたことがありますか?	<input type="checkbox"/> はい 時期 ( ) 原因 ( ) <input type="checkbox"/> いいえ			
今までに病気の治療をしましたか?	<input type="checkbox"/> はい 具体的に→ <input type="checkbox"/> いいえ			
本日のご来院理由は? 症状など具体的にお書きください。				