

かじ動物病院 初診カード

ふりがな		No.	
飼い主名			
ご住所	□□□ □□□□		
お電話番号	()	ご職業	
ペットのお名前		犬 猫	オス メス
品種名		去勢・避妊手術 していない	
生年月日	年 月 日(才 ヶ月)	している ____才頃	

言葉が話せない動物に代わって、わかる範囲で結構ですので、なるべく詳しくお書きください。

本日の来院目的は？ 予防接種 健康診断
具合が悪い (どこがどのように?) ()

ペットの性格 よい やさしい 神経質 よく噛む よく鳴く

飼育を始めた年月日 年 月 日 (約 年前)

飼育したきっかけ ペットショップ名: _____ 譲り受けた 拾った

飼育場所 屋内 屋外 両方 (屋内 % / 屋外 %)

普段の食事 ドライフード 缶詰 パウチ 人と同じ ()
(銘柄:)

普段のおやつ ()

過去の予防接種 ある (犬狂犬病、犬__種、猫__種、猫白血病、猫エイズ)
ない わからない

犬フィラリア症の予防歴 ある (錠剤・おやつタイプ・粉薬・注射) ない わからない

過去の病歴 ある (いつごろ:)
ない わからない

現在治療中の病気 服用中の薬 有・無 (ご持参頂いていれば受付へお願いします)

過去の手術歴(避妊去勢以外) ある () ない わからない

当院を知った理由 近所 看板 電話帳 紹介 (紹介者名) ()

民間ペット保険の加入 無・有 (会社名:) ()

他に飼っているペットはいますか？ いない・いる (犬__頭、猫__頭、その他__匹)

この情報はカルテ作成及びワクチンのお知らせ等のDMやこちらから連絡が必要と思われる場合に使用させていただきます。当院での治療に関する動物の情報、写真、動画などを教育目的で公開する場合がありますが、個人情報漏洩することはありませんのでご承知おきください。