

初診受付カード



当院使用欄	カルテNo.	年 月 日	□DM不可			
フリガナ			住 所	〒		
飼主様氏名	様					
ワンちゃん ネコちゃんのお名前			電話番号	()		
生年月日	年 月 日 (歳)		緊急連絡先	()		
性 別	雄・雌	去勢済・避妊済	当院を知った理由を教えてください。			
種 類	犬	猫	当院のホームページ	他のインターネット サイト	通りがかって	ご紹介
品 種			その他	()		
動物医療保険	加入	未加入	マイクロチップ	処置済み	未処置	

●あなたのワンちゃん・ネコちゃんのすべての病気を発見・診断することは困難です。当院では、飼主様の申告を中心に医療を展開します。なるべく詳しくお申し出下さい。

～個人情報取り扱いについて～

●当院では、個人情報を適切に利用するとともにその安全管理に努めております。当院の従業員は、業務上知り得た個人情報の内容を、本人の事前同意なしには目的外の利用や、みだりに第三者に開示し不当な目的に使用しません。なお利用目的の範囲内で、ご本人様宛にお知らせ等を送信することがあります。

本日はどうなさいましたか？

- 予防接種（狂犬病・混合ワクチン）
- フィラリア、ノミ・ダニ予防
- 具合が悪そう
具体的な症状 ()
- その他 ()

以下の予防をされていますか？

- 狂犬病予防接種
- 混合ワクチン接種
- ノミ・ダニ予防
- いいえ

最終ワクチン接種日を教えてください（覚えていらっしゃいましたらで結構です）。

狂犬病予防接種 (年 月 日頃) 混合ワクチン接種 (年 月 日頃)

フィラリア予防（犬）をされていますか？

- はい 現在もしています 最後に予防されたのはいつですか？ (年 月頃)
- 以前はしていましたが今年はしていません どのようなタイプのお薬ですか？
- いいえ まだしたことがありません 錠剤 おやつタイプ 皮膚スポットタイプ 注射タイプ

普段の食餌について該当するもの全てに✓をして下さい。

- ドライフード 缶詰 自宅で調理したもの ジャーキー類 おやつ サプリメント
- その他 ()

今までに大きな病気をしたことはありますか？

- ある (病名または症状) 時期 年頃)
- ない

今までに注射やお薬でアレルギーやショックなどの異常が認められたことがありますか？

- ある (具体的に) ()
- ない

ご協力ありがとうございました。

当院使用欄						0932018V.
-------	--	--	--	--	--	-----------