

年 月 日



初めて診察を受けられる方はご記入ください

フリガナ
飼主氏名 _____
〒 _____
住所 _____
電話 () _____
携帯 _____
メールアドレス _____
ご職業 _____

呼び名 _____ ちゃん
種類 犬・猫・小動物 () _____
品種 _____
毛色 白・茶・黒・グレー _____
性別 オス メス 去勢済 避妊済
生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日ごろ
登録No. _____ ※犬のみ
性格 陽気・怖がり・温和・凶暴 _____

●入手方法は？	買った (年 月 日) (店・ブリーダー名：) もらった・拾った・迷い込んできた・その他
●今日はどうされましたか？	
●現在の食餌内容は？	※ 分かれば商品名も書いてください
●今までの病歴は？	年 月ごろ (病名：) 年 月ごろ (病名：)
●注射・薬のアレルギー が出たことは？	ある (薬の名前：) ない
●ワクチンは受けていますか？	はい (年 月ごろ・ワクチン名) いいえ (年 月ごろ・ワクチン名) ※ 一番最近受けたワクチンを書いてください
●フィリアの予防はしてますか？	はい いいえ
●生活環境は？	室内・室外・その他 ()
●どのようにして当院をお知り になりましたか？	電話帳・通りがかり・看板広告・ご紹介 ご紹介者名 ()
● 当院への要望があれば お書きください	

※ こちらを元にカルテを作成いたします。受付へお出しください。