

NO.

年 月 日

初診票

動物病院22時グループ

飼い主様情報

フリガナ	住所	〒□□□-□□□□
名前		
電話	- -	携帯 - -

動物情報

名前	種類	犬・猫・その他()
品種	性別	オス・メス / 去勢済・避妊済
毛色	生年月日/年齢	____年 ____月 ____日 / ____歳

マイクロチップ	あり・なし	マイクロチップ番号	No.
---------	-------	-----------	-----

あてはまるものにチェックしてください。

1 飼っている場所は?

室内 屋外 その他 _____

2 混合ワクチンは接種していますか?

はい _____
以前おこなっていた _____
いいえ

最近の予防接種は?

年 月 日頃

何種ワクチンですか?

種ワクチン

3 (犬)狂犬病ワクチンは接種していますか?

はい _____
以前おこなっていた _____
いいえ

最近の予防接種は?

年 月 日頃

4 (犬・猫)フィラリアの予防をしていますか?

はい _____
以前おこなっていた _____
いいえ

飲み薬
スポットタイプ
注射

最近の予防接種は?

年 月 日頃

5 今までに病気・その他大きなケガをしたことがありますか?

はい _____
いいえ

それはいつ頃でどんな病気・ケガですか?

6 今までに大きな手術をしたことはありますか?

はい _____
いいえ

病名()

手術日 年 月 日頃

7 今までにワクチンやお薬などで副作用などの異常が見られたことはありますか?

はい _____
いいえ

具体的に

8 診察費についてはどのようにお考えですか?

必要と考える検査、治療を全てしてほしい 治療費についての説明をし、できるだけ治療してほしい
予算をおさえた診療をしてほしい

9 ペット保険に加入していますか?

はい _____
いいえ
 anicom ipet その他()

10 当院を知ったきっかけは?(複数回答可)

病院等からの紹介 知人からの紹介 ペットショップ等からの紹介 病院をみて
近所だから 新聞・チラシ 電話帳 その他広告()
ホームページ・Face book その他 web ()

11 その他、不安なことや心配なこと、お気づきの点がございましたらご自由にご記入下さい。(例:食べ物のアレルギー、性格など)

12 学術的な発表の為に、写真を撮らせてもら場合がございましたら、よろしいですか?

はい いいえ