



初診受付表

年 月 日

言葉のはなせない患者さんに代わってお答えください。

飼い主様名（フリガナ）		ご住所 〒		
□自宅電話番号	FAX 番号	ご職業	□携帯電話番号	
メールアドレス		お勤め先	□緊急連絡先	
ペット名	種類	色	□オス □メス	生年月日
			□避妊・去勢済	マイクチップ No

* 記入無き項目は「問題なし」もしくは「なし」とみなします。*

●どのようにして当院をお知りになりましたか？

□病院の前を通過 □電話帳 □インターネット □紹介（様より） □その他（ ）

●本日の来院の目的はなんですか？（現在の症状など） ●普段のかかりつけの病院はありますか？

●動物の入手方法は？

□購入した（ペットショップ・ブリーダー） □保護した □もらった □家で生まれた □その他（ ）

●他に動物を飼っていますか？

□いいえ □はい（ ）

●いつもの生活場所はどこですか？

□屋内（ %） □屋外（ %） □その他の場所（ ）

●お散歩は行きますか？

□いいえ □はい（□朝 約 分 □昼 約 分 □晩 約 分）

●トイレはどこでしますか？

□屋外 □ペットシート □砂 □紙 □その他（ ）

●いつもの食事のタイプをおしえてください。

□ドライフード □ウェットタイプ（缶詰、パウチタイプ） □半生タイプ □自家製 □その他
わかれば商品名または内容もおしえてください。

□処方食・病院専用食（ ） □その他（何種類でも； ）

●今シーズン、□フィラリアの予防は行いましたか？ □ノミ・マダニの予防は行いましたか？

□はい（薬剤名は何ですか？ : 投薬期間は？ 月～ 月まで）

□いいえ（予防をしていない理由があれば教えてください： ）

●一年以内に狂犬病の予防注射はうけていますか？（犬・猫・フェレットの方はお答えください）

□はい（ 月 日頃） □いいえ（理由があれば教えてください： ）

●一年以内に混合ワクチンの接種または抗体価検査はすんでいますか？接種あればその種類をおしえてください。

□はい（ 月 日頃） □いいえ（理由があればおしえてください： ）

□犬 10 種 □犬 8 種 □犬 6 種 □犬 5 種 □犬 3 種 □パルボウイルス

□猫 5 種 □猫 3 種 □猫白血病ウイルス □その他のワクチン

●今までに病気や手術をうけたり、現在治療中の病気がありますか？

□はい □いいえ（はいの方は具体的に教えてください。）

●今までに注射や飲み薬で異常が出たことがありますか？

□はい □いいえ（はいの方は具体的に教えてください。）

その他、何かあれば裏面などにご記入ください。

