

初めての来院 受付票 (ワンちゃん用)

カルテ No.

飼い主様のお名前	フリガナ	連絡先	電話	-	-
			携帯	-	-
御住所	〒 -				

ワンちゃんのお名前			ワンちゃんの生年月日	西暦	年	月	日
男の子	<input type="checkbox"/> 去勢済み	<input type="checkbox"/> 未去勢	女の子	<input type="checkbox"/> 避妊済み	<input type="checkbox"/> 未避妊		
犬種			毛色				

当院をどうやってお知りになりましたか？ ※該当にチェックを入れてください

- 看板 知人の紹介 (さん) 通りすがり イベント インスタを見て
 ネット検索 (Google Yahoo その他()) ゴスペ関連
 同居ペットのかかりつけだから その他 ()

当院のQRコードの登録をお願いします。

病院のお知らせ、休診日など配信させていただきます。



以下、診察の際に、ワンちゃんの負担が少しでも減るようにご記入にご協力ください。

本日はどうされましたか？ ※該当にチェックを入れてください

- 具合が悪い (具体的には)
 予防 (混合ワクチン 狂犬病ワクチン フィラリア予防 ノミダニ予防)
 健康診断 去勢・避妊の相談 その他()

いつから一緒に生活していますか？ ※該当にチェックを入れてください

_____ 年 _____ 月 _____ 日 購入で迎えた 保護団体から譲渡 自宅で生まれた

※購入で迎えた方はどちらで？ ペットショップ(店名:) ブリーダーから

今までに大きな病気やケガをしたことはありますか？

はい いいえ

※「はい」と答えた方は具体的に教えてください

()

かかりつけの動物病院はありますか？

はい いいえ

※「はい」と答えた方に伺います 病院名を教えてください()

1年以内で、以下のワクチン接種や予防を行ったものを教えてください。

混合ワクチン フィラリア症予防 ノミダニ予防 狂犬病ワクチン

最後に接種、予防した時期を教えてください。

混合ワクチン(年 月頃) フィラリア予防(年 月頃) 狂犬病(年 月頃)

ワンちゃんの普段の健康で気になることがあれば教えてください。

体重の増減 □が臭い 健康寿命を長く かゆがる

その他 ()

ワンちゃんの性格を教えてください。

人懐っこい 怖がり パニックになりやすい その他()

診察の希望をお聞かせください

詳しいことは分からないのでポイントだけ教えてほしい 時間が長くなっても構わないので詳しい説明を希望

費用負担は極力減らしたいので最低限の治療を希望 良い治療があればセカンドオピニオンを希望

医療従事者(ご職業:)のため、専門用語も理解できます。