

<初診の方はすべてご記入ください>

ふりがな

飼い主様 お名前 _____ 住所 〒 _____

電話番号 (ご自宅) _____ (携帯) _____

メールアドレス (_____)

動物情報 お名前 _____ ちゃん 犬 猫 品種 _____ 毛色 _____

性別 オス 去勢オス メス 避妊メス 生年月日 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

加入保険 アニコム アイペット その他 _____ なし

ご来院のきっかけ 通りがかり ペットファースト ホームページ インターネット

ご紹介 _____ その他 _____

<病歴、予防歴>

・伝染病の予防

混合ワクチン (種類 _____ 最終接種日 _____ 年 _____ 月 _____ 日)

ノミ予防 (種類 _____ 最終投与日 _____ 年 _____ 月 _____ 日)

フィラリア予防 (毎年 時々 受けていない) 狂犬病予防 (最終接種日 _____ 年 _____ 月 _____ 日)

・生活環境 室内 屋外 ・同居している動物 なし 犬 頭 猫 頭 その他

・以前に病気やケガはありますか? いいえ はい (病名 _____)

・ワクチン、注射薬、飲み薬等で異常が出たことがありますか? いいえ はい

・去勢、避妊手術以外で麻酔や手術を受けたことがありますか? いいえ はい

<来院目的について>

予防 (混合ワクチン 狂犬病 フィラリア予防 ノミ予防 健康診断 その他 _____)

具合が悪い 気になる症状をご記入ください _____

いつ頃からですか? _____ 年 _____ 月 _____ 日 前から

これまでに治療を受けていますか? _____

※他に気になる点をご記入ください (爪、耳、など)

ご記入漏れがある場合、本日の診察ではご対応できない場合がありますのでご注意ください。

<最近の様子について>

食欲に変化はありますか? (増えた 変化なし 減った まったく食べない)

食事はいつも何を与えていますか? (ドライ ウェット ホームメイド 商品名など _____)

水を飲む量に変化はありますか? (増えた 変化なし 減った まったく飲まない)

体重に変化はありますか? (増えた 変化なし 減った)

尿の状態に変化はありますか? いいえ はい 便の状態に変化はありますか? いいえ はい

咳をすることはありますか? いいえ はい 本日の食事はしていますか? いいえ はい

吐くことはありますか? いいえ はい (月に _____ 回 週に _____ 回 一日 _____ 回)

<治療・予防の希望について>

*治療方針を決めるために必要ですので必ずチェックを入れるようお願い致します。

最善の治療・予防をしたい 検査をした上で治療法・予防を選択したい 対症療法のみ希望する