

# 🐾 初診同診票 🐾

## 飼い主様の情報

ふりがな	電話番号：
お名前 様	緊急連絡先：
ご住所 〒	
当院を知ったきっかけ：1. ホームページ 2. お住まいの近く 3. ご紹介（様より） 4. その他（ ）	

## ワンちゃん・ネコちゃんの情報

ふりがな	生年月日	年	月	日
お名前 ちゃん	(	歳	ヶ月)	
種類： ワンちゃん ・ ネコちゃん	品種：	毛色：		
性別： オス・メス	避妊去勢： 済 ・ 未	生活環境： 室内・室外・その他（ ）		
食事：1日 _____ 回 ・ ドライフード（商品名： _____ ） ・ ウエットフード（ _____ ） ・ その他、おやつ（ _____ ）				
混合ワクチン：過去一年以内の接種 ・ あり（ _____ 種混合） ・ 不明 ・ なし（最終接種日： _____ 頃）				
狂犬病ワクチン：接種 あり ・ なし （*ワンちゃんのみ）		保険会社の加入の有無： 有* ・ 無 *会社名：アニコム損保・アイペット損保 その他（ _____ ）		

・ <u>来院の目的（主訴）は何ですか？</u>
・ <u>元気・食欲はありますか？</u> あり ・ なし（いつからですか？ _____ ）
・ <u>他の動物病院で治療を受けたことがありますか？</u> なし ・ あり（治療内容： _____ ）
・ <u>診療に関する希望があればご記入ください。</u> （積極的） 5 ・ 4 ・ 3 ・ 2 ・ 1 （必要最低限） 1. 検査や治療に関して ( 5 ・ 4 ・ 3 ・ 2 ・ 1 ) 2. 予防医療に関して ( 5 ・ 4 ・ 3 ・ 2 ・ 1 ) 3. 健康診断に関して ( 5 ・ 4 ・ 3 ・ 2 ・ 1 ) 4. その他 ( _____ )

KATORI ANIMAL HOSPITAL



かとり動物病院

since 1987

〒310-0913 水戸市見川町2563-16

TEL：029-243-8818