年　　月　　日

みたぞの動物病院初診票

分かる範囲で結構ですので、なるべく詳しくご記入下さい。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 飼主様 | ふりがな | | | | | | ペット名 | |  |
| 氏名 | | | | | |
| 住所 | （〒　　　　- ） | | | | | | | | |
| 電話 |  | | | | 携帯 |  | | | |
| 動物種 | □ 犬 　□ 猫 | 品種 |  | | | | | 毛色 |  |
| 生年月日 | 年　　月　　日　（　　歳） | | | 性別 | □ オス 　□ オス去勢 (去勢日：　　　　年　　月) □ メス 　□ メス避妊（避妊日：　　　　年　　月） | | | | |
| 飼育環境 | □ 室内 □ 室外 □ 両方 | | 保険 | □アニコム □アイペット □その他 　　□ 加入していない | | | | | |

※ワクチンやフィラリアのお知らせDMもしくはメールを送らせていただいてよろしいですか？　□ はい　□ いいえ

* 本日の来院目的

□　具合が悪い（症状：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　いつ頃から：　　　　　　　　　　）

□　混合ワクチン接種　□　狂犬病ワクチン接種　　　□　フィラリア予防 □　ノミダニ予防

□　健康診断　　　□　去勢・避妊手術前の健診・相談　□　他院の紹介 □　その他（　 　　　　　　 ）

* 予防歴

|  |  |
| --- | --- |
| 混合ワクチン接種をしていますか | □ はい（　　種 / 最終接種日：　　　年　　　月） □ いいえ |
| 犬のみ　狂犬病ワクチン接種をしていますか | □ はい（ 市登録　□　有（鑑札番号：　　　　　） □　無　） （ 最終接種日：　　　年　　　月）　　　　 □ いいえ |
| フィラリア予防をしていますか | □ はい（薬剤名：　　　　　　　　　 ） □ いいえ |
| ノミダニ予防をしていますか | □ はい（薬剤名：　　　　　　　　　　　 　） □ いいえ |

* マイクロチップをいれていますか？　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　□ はい　　□ いいえ

|  |
| --- |
| マイクロチップ番号　　　　No: |

* 今までに大きな病気や怪我はありますか　　　　　　　　　　　　　　　　　　□ はい　　□ いいえ

|  |
| --- |
| はい の場合具体的にご記入下さい |
| （　　　　年　　月頃 ）　病名、怪我（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

* 薬や食べ物で具合が悪くなったことはありますか　　　　　　　　　　　　　　□ はい　　□ いいえ

|  |
| --- |
| はい の場合具体的にご記入下さい |
| 薬や食べ物 （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　）いつ頃 （　　　　　　　　　　　　　　）  具体的な症状 （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　） |

* 現在、薬や特別な療法食を与えていますか　　　　　　　　　　　　　　　　　□ はい　　□ いいえ

|  |
| --- |
| はい の場合具体的にご記入下さい |
|  |