

初診受付カード

Dog

言葉の話せない動物たちに代わってお答えください。

飼い主さまのお名前 (ふりがなをお願い致します)		電話番号 自宅 携帯 FAX	
住所 〒			
ワンちゃんのお名前		品種	ワンちゃんの生年月日(西暦) 年 月 日 (オ)
カラー	性別 <input type="checkbox"/> オス <input type="checkbox"/> メス	E-mail address E-mailでのお知らせを希望しますか?(はい/いいえ)	
今日の来院目的は何ですか?			
<p>1. 入手方法は?</p> <p>ペットショップ 譲り受けた 自宅で生まれた ブリーダー 拾った</p> <p>2. 避妊手術または去勢手術はされていますか? はい(いつ頃?)) いいえ</p> <p>3. 生活している主な場所はどこですか? 室内 庭で放し飼い 庭の犬舎 庭と室内出入り自由 その他()</p> <p>4. ワクチン及び予防についてお聞かせ下さい。 混合ワクチン: 毎年接種 しばらく打っていない 初年度のみ 不明 狂犬病ワクチン: 毎年接種 しばらく打っていない 初年度のみ 不明 フィラリア予防: 実施(月~ 月まで) 未実施 不明 ノミ・ダニ予防: 通年実施 夏季のみ実施 未実施 不明</p> <p>5. 何か他に動物は飼育していますか? はい(何を?)) いいえ</p> <p>6. いつも食べている食餌は何ですか? ドライフード カン詰 その他 自家製()</p> <p>7. 今まで何か病気になったことはありますか? はい() いいえ</p> <p>8. 過去に注射やお薬でアレルギーなどの異常を示したことはありますか? はい() いいえ</p> <p>9. ペット保険には加入されていますか? はい(保険社名)) いいえ</p> <p>10. 紹介者がいらしたらお教えてください。 ()</p> <p>11. 当院の献血ドナー登録にご協力いただけますか?(体重15kg以上) はい いいえ</p>			