

# 初診カード

年 月 日

No

言葉が話せない患者さんに代わってお答えください。

住所	〒				
ふりがな				家族数	人
飼主氏名					
電話		緊急連絡先(名称、TEL)		職業	

種類	犬	猫	品種	
名前			毛色	
性別	オス	メス	避妊・去勢	してある。 ない。 希望する。
生年月日	年	月	日	生まれ 満 才

\* 当院をどこで知りましたか？

①知人の紹介( ) ②ホームページを見た ③広告をみた ④自宅に近い

\* 犬猫を飼育するのは、この子が初めてですか？

はい いいえ

\* 住んでいる場所は？

①室内 ②ケージ ③庭で放し飼い ④庭の犬舎 ⑤内・外自由

\* 入手方法は？

①買った ②もらった ③自宅で生まれた ④拾った

\* 同居動物はいますか？

いる場合は具体的にお書きください。

・いる(種類と頭数

) ・いない

\* 食事は？

缶詰(商品名

)

ドライフード(商品名

)

人の食べ物 その他(

)

\* 犬猫の性格は？

なれている

おとなしい

臆病

狂暴

\* ワクチンは接種していますか？ 種類は？

①未接種

②接種済み

犬7種混合ワクチン

犬5種混合ワクチン

狂犬病ワクチン

猫3種混合ワクチン

猫白血病ワクチン

(接種日

年

月頃)

③接種を希望する

\* 猫:猫白血病、猫エイズ等のウイルス検査を実施していますか？

実施している

していない

希望する

\* 犬・猫:蚊が媒介し、心臓に寄生するフィラリア症の予防はしていますか？

予防している

まだ予防していない

希望する

\* さまざまな病気を媒介するノミ、ダニの予防は？

予防している(予防薬の種類:

)

まだ予防していない

希望する

\* いままでにかかった病気は？また、薬剤によるアレルギーを起こしたことがありますか？

( )

\* 本日はどうなされましたか？(出来るだけ詳しくお願いします。)

( )