



初診票

年 月 日

●飼い主様・ペット情報

ご住所 〒	フリガナ 名前	ちゃん		
	動物種：	品種：		
フリガナ お名前（オーナー様）	毛色：			
	性別：オス・メス		去勢避妊手術（あり・なし）	
お電話番号（ ）	生年月日	年	月	日 不明
既往歴	飼育開始日	年	月	日ごろ
メールアドレス	DMを希望する・しない			

※ご記入いただいた個人情報は、カルテ作成・DM送付の利用目的のみに使用し、第三者に提供することはありません。

●来院目的を教えてください（□にチェックしてください）

調子が悪い（具体的な症状をご記入ください）

{ ・ ・ }	<input type="checkbox"/> 健康診断
	<input type="checkbox"/> 飼育相談
	<input type="checkbox"/> 手術の相談

●混合ワクチン接種：

有・無・わからない

➡(種類 (例) 3種混合、6種混合、9種混合など)

最終接種年月日 年 月 日

●狂犬病予防接種：

有・無・わからない

➡最終接種年月日 年 月 日

●ノミ,ダニ,フィラリア予防：

有・無・わからない

➡(種類 (例) 経口薬、外用薬)

最終予防年月日 年 月 日

●ペット保険に加入していますか？

はい・いいえ

アニコム損保 ・ アイペット ・ その他

●これまでにワクチン、またはお薬をのんで体調を崩したことはありますか？

はい・いいえ