

初診受付票

(フリガナ)
飼い主様名 _____ 様

ご住所 〒 _____ - _____

電話番号 _____

本日の来院理由
診察 ・ 予防関係 ・ その他 (_____)

ご来院のきっかけ
家が近い ・ ご紹介 ・ ホームページ
以前来院したことがある ・ 看板 ・ その他

ご紹介者 _____ 様

ペット名 _____ ちゃん

種類 犬 ・ 猫 ・ その他 (_____)

品種 _____

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 歳)

性別 男の子 ・ 女の子
去勢 ・ 避妊手術 … 未 ・ 済

・ 飼い始めたのはいつ頃ですか? _____ 年 _____ 月頃

・ 病気の治療用のフードを食べていますか? はい ・ いいえ

・ 混合ワクチン接種はしていますか? はい ・ いいえ
(最終接種 _____ 年 _____ 月)

・ マダニの予防をしていますか? はい ・ いいえ
(最終予防 _____ 年 _____ 月)

・ 春～秋にフィラリアの予防をしていますか? はい ・ いいえ

ペット保険ご加入
なし ・ あり (保険会社名 _____)