

# はじめて来院された方へ

かわいい患者さんにかわって下記にご記入ください。  
不明な項目は空欄でも結構です。  
お済みになりましたら受付へご提出ください。



加藤動物病院  
加藤動物病院<sup>第2</sup>



にはチェック(✓)を入れてください。

ご来院日	西暦	年	月	日
------	----	---	---	---

飼い主さまについて	お名前	(ふりがな) _____		
	ご住所	〒 _____		
	電話番号	<ご自宅>	<携帯>	
	メールアドレス	_____ @ _____		

患者さんについて	お名前	(ふりがな) _____		<input type="checkbox"/> いぬ <input type="checkbox"/> ねこ <input type="checkbox"/> その他( _____ )
	性別	<input type="checkbox"/> オス <input type="checkbox"/> メス <input type="checkbox"/> 不明	生年月日	(約) _____ 年 _____ 月 _____ 日 (約) _____ 歳
	品種・毛色	種 _____ 色 _____	飼育開始	_____ 年 _____ 月頃から
	マイクロチップ装着	<input type="checkbox"/> している(右欄に番号をご記入ください) <input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> 不明	マイクロチップ番号(15桁)	_____
	入手方法	<input type="checkbox"/> 購入 <input type="checkbox"/> 頂いた <input type="checkbox"/> 自宅で生まれた <input type="checkbox"/> 拾った	飼育場所	<input type="checkbox"/> 室内のみ <input type="checkbox"/> 室内とベランダ <input type="checkbox"/> 室内外 <input type="checkbox"/> 屋外
	避妊・去勢	<input type="checkbox"/> 受けている( _____ 年 _____ 月) <input type="checkbox"/> 受けていない <input type="checkbox"/> わからない		
	ワクチン接種	<input type="checkbox"/> している ( _____ )種混合( _____ 年 _____ 月) 狂犬病( _____ 年 _____ 月)※ワンちゃんのみ <input type="checkbox"/> していない		
	フィラリア予防	<input type="checkbox"/> している(予防薬 _____ 年 _____ 月) / _____ 年 _____ 月 <input type="checkbox"/> 検査を受けた( _____ 年 _____ 月) <input type="checkbox"/> していない		
	本日の来院目的	<input type="checkbox"/> 混合ワクチン <input type="checkbox"/> 健康診断 <input type="checkbox"/> 避妊・去勢手術の相談 <input type="checkbox"/> 診療 <input type="checkbox"/> マイクロチップ装着 <input type="checkbox"/> その他( _____ )		
	備考	体調が悪い場合には、いつからどんな症状かなどを具体的にお書きください。		