

## 初めてご来院の方へ

飼い主様のご住所・お名前・ご連絡先をご記入下さい。

お名前		お電話番号	
フリガナ		固定電話	- -
		携帯電話	- -
ご住所	〒		

ペットについてご記入下さい。

お名前		生年月日	年 月 日 ( 歳)
品種		色	
種別	犬・猫・ウサギ・ハムスター	マイクロチップ	装着済 ・ 未装着
性別	オス ・ オス (去勢済) ・ メス ・ メス (避妊済)		

当院をどのようにお知りになりましたか？

ご紹介	様 ちゃん		
	看板 ・ ご近所 ・ ホームページ		
	ペットショップ ( 店) ・ トリミングサロン ( 店)		

本日は、どのような症状で受診されましたか？

現在、投薬中や持病にて通院がありますか？		はい ・ いいえ
「はい」とご記入された方へ⇒ どのような薬、病気ですか？		

生後6ヶ月以上(ワンちゃん・ネコちゃんのみ)の場合は下記にご記入お願いいたします。

混合ワクチンの接種日はいつですか？	年 月 日 ( 種)
フィラリア予防はされていますか？	はい ・ いいえ
ノミダニ予防はされていますか？	はい ・ いいえ

ワンちゃんのみご記入お願いいたします。

狂犬病ワクチンの接種日はいつですか？	年 月 日
--------------------	-------

ネコちゃんのみご記入お願いいたします。

ウィルス検査(FIV/FelV)をしたことがありますか？	はい ・ いいえ
------------------------------	----------

ご協力ありがとうございました。

クレア動物病院

