

## 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(
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)	

今日は、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

