

# 初診表

No. \_\_\_\_\_

飼い主様情報

初診日： 年 月 日

飼主名	フリガナ	住所	〒 _____		
	様				
自宅	( ) _____	携帯	( ) _____	職業	

ペットさんについて

お名前	フリガナ	性別	オス・去勢済オス メス・避妊済メス	生年月日	_____年____月____日
	ちゃん				
動物種	犬・猫 ウサギ・フェレット その他( )	品種		毛色	
性格	活発・友好的・大人しい・怖がり・怒りっぽい・その他( )				

## ●来院の目的

- 予防接種 健康診断 皮膚 腫瘍 整形 呼吸器  
循環器 泌尿器 眼 その他 ( )

※症状・経過など

## ●加入しているペット保険

- アニコム アイペット その他

## ●ワクチン等のお知らせハガキ

- 必要 不要

## ●当院を知ったきっかけ

- 当院のホームページ クチコミサイト 駅の看板 近所だから  
タウンページ ご紹介 ( \_\_\_\_\_ 様から) その他

※ご紹介の場合、どのようにご紹介されましたか？

( \_\_\_\_\_ )

2枚目もご記入ください。→

## 予防について

### ●予防接種

狂犬病（最終接種歴：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月）

混合ワクチン（最終接種歴：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日：\_\_\_\_\_種）

経験なし  不明

### ●フィラリア予防

している  していない  不明

### ●ノミ・ダニ予防

している  していない  不明

## 既往歴について

### ●過去に病気や怪我、手術などしたことはありますか？

いいえ  不明  はい ※いつ頃、どんなものでしたか？

(\_\_\_\_\_)

### ●アレルギーをもっている、または発症をしたことがありますか？

いいえ  不明  はい ※詳しくご記入ください→

(\_\_\_\_\_)

### ●現在、服用中のお薬はありますか？

いいえ  はい ※どのようなお薬ですか？→

(\_\_\_\_\_)

### ●苦手なお薬はありますか？

錠剤  粉剤  カプセル  液剤  軟膏  目薬  その他 (\_\_\_\_\_)

## 生活環境について

### ●いつもどこで過ごしていますか？

室内  屋外 (室内と屋外の比率 \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_)

### ●食事内容はどのようなものですか？

ペットフード※どのようなフードですか？→ (ドライ・缶詰・半生)  手作り食

※食事回数：1日 (\_\_\_\_\_ ) 回

### ●同居動物はいますか？

いいえ  はい ※動物種 (\_\_\_\_\_ ) 頭数 (\_\_\_\_\_ )

## 治療方針について

治療費の制限はなく、当院で行える最大限の診療（検査・治療）を行いたい。

検査等は獣医師と相談しながら決めたい。

検査等などは行わずに、動物の痛み・苦痛等を抑える治療（対症療法）を行いたい。治療費をなるべく抑えたい。

今回はかかりつけ医不在の為、緊急の診療のみ行いたい。

ご記入ありがとうございます。他に気になる事がございましたら、受付スタッフまでお申し出ください。

