

# 新患カルテ

フリガナ

飼い主お名前 \_\_\_\_\_

住所 〒 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_ 携帯番号 \_\_\_\_\_

メールアドレス \_\_\_\_\_ メール発送不可

来院のきっかけ

通りがかり・チラシ・ホームページ・Facebook・

ご紹介( \_\_\_\_\_ 様)・スタッフ関係者(スタッフ名 \_\_\_\_\_ )

フリガナ

動物お名前 \_\_\_\_\_

動物種 イヌ・ネコ・その他( \_\_\_\_\_ ) 品種 \_\_\_\_\_

性別 オス(去勢手術 済・未)

メス(避妊手術 済・未)

年齢 \_\_\_\_\_ 才 \_\_\_\_\_ か月 \_\_\_\_\_ 誕生日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

性格 おとなしい・人懐っこい・怖がり・気性が荒い

普段生活している場所 室内・室外・室内室外両方

※ 裏面にもご記入ください

今日はどうされましたか？

予防接種(ワクチン)は受けていますか？

狂犬病ワクチン・混合ワクチン

フィラリア予防はされていますか？

はい・いいえ

食事や薬で具合が悪くなった、または、アレルギーを指摘

されたことはありますか？

ある( )・ない

これまでに病気やケガをしたことはありますか？

ある( )・ない

希望される診療について教えてください

必要な検査や治療はすべて受けたい

獣医師と相談しながら決めたい

必要最小限の検査や治療だけ受けたい

( )

※ ご協力ありがとうございました。受付スタッフにお渡し下さい。