



自由が丘アニマルクリニック

# 初診票



## ◎飼い主様

フリガナ		連絡先	電話番号( ) 緊急連絡先( )
お名前			※必ずご連絡がとれる番号をご記入ください
ご住所	〒 -		ご職業
ご来院のきっかけ			
<input type="checkbox"/> 通りすがり <input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> クチコミサイト ( ) <input type="checkbox"/> ポスティングチラシ <input type="checkbox"/> 紹介(紹介者: ) <input type="checkbox"/> その他 ( )			

## ◎わんちゃん

お名前		誕生日	年 月 日( 歳 ヶ月)
性別	<input type="checkbox"/> 男の子(去勢していない) <input type="checkbox"/> 男の子(去勢済) <input type="checkbox"/> 女の子(避妊していない) <input type="checkbox"/> 女の子(避妊済)		
品種		毛色	
マイクロチップ	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> あり(番号 )		
動物保険	<input type="checkbox"/> 加入していない <input type="checkbox"/> アニコム <input type="checkbox"/> アイペット <input type="checkbox"/> その他 ( )		
同居動物	<input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> いる(犬 頭/猫 頭/その他 )		
食事	<input type="checkbox"/> ドライフード ( ) <input type="checkbox"/> ウェットフード ( ) <input type="checkbox"/> 療法食 ( ) <input type="checkbox"/> 手作り食 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
病歴	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある(病名 いつ頃: )		
薬や注射の副作用	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある(どのような: )		
食物アレルギー	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある(どのような: )		
混合ワクチン	<input type="checkbox"/> 接種済( 種) ( 年 月) <input type="checkbox"/> 接種していない	狂犬病ワクチン	<input type="checkbox"/> 接種済 ( 年 月) <input type="checkbox"/> 接種していない
フィラリア予防	<input type="checkbox"/> 予防している 年 月~ 月 ) (予防薬: <input type="checkbox"/> 予防してない	ノミ・ダニ予防	<input type="checkbox"/> 予防している 年 月~ 月 ) (予防薬: <input type="checkbox"/> 予防してない